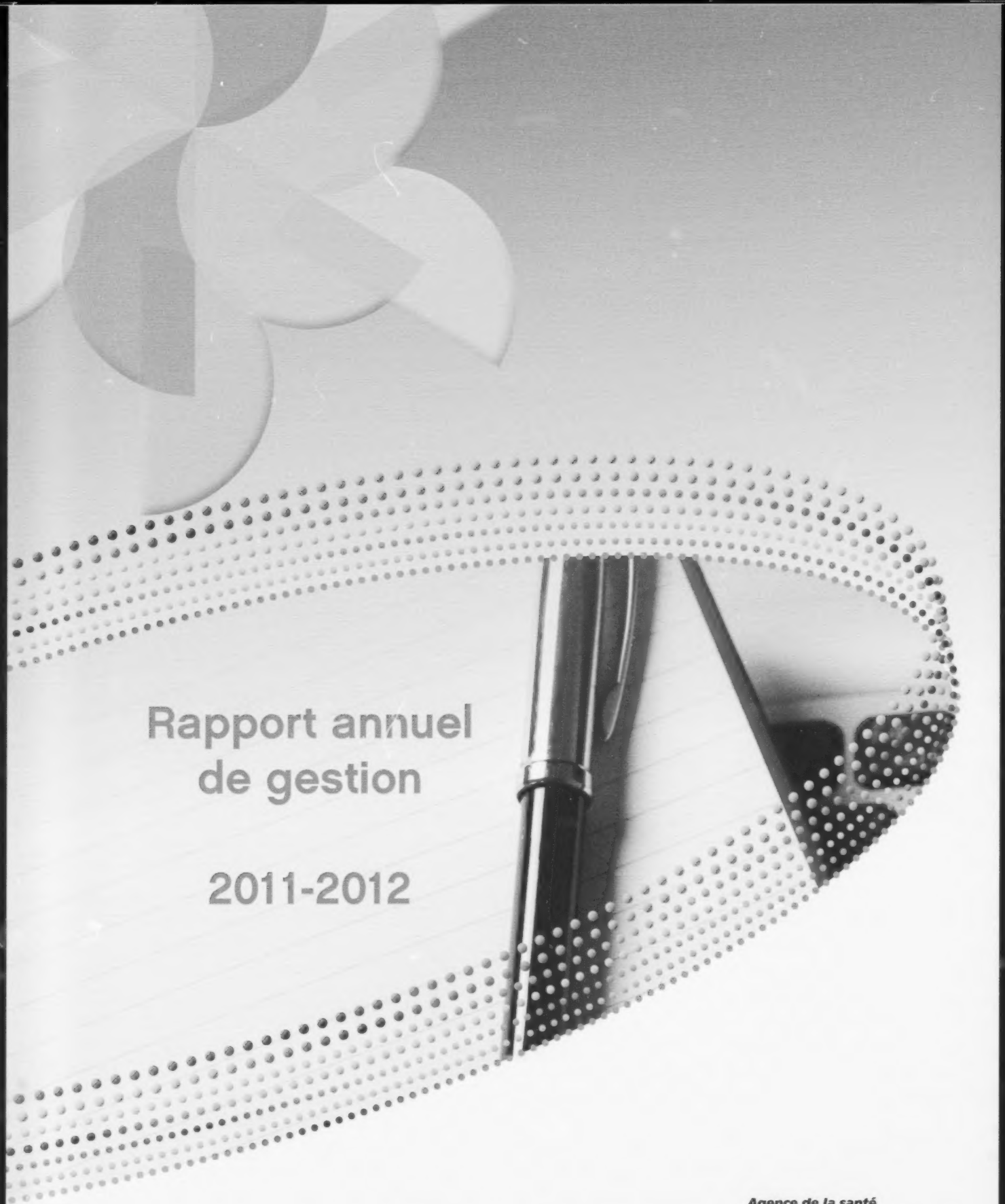


Rapport annuel de gestion

2011-2012

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Québec

Le Rapport annuel de gestion 2011-2012 est une publication
de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
1000, rue Labelle, bureau 210, Saint-Jérôme (Québec) J7Z 5N6

La version électronique de ce document peut être consultée sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides : www.santelaurentides.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012
Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-89547-171-4 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89547-172-1 (version PDF)

Tous droits réservés. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Cependant, la reproduction partielle ou complète de ce document à des fins personnelles et non commerciales est permise à la condition d'en mentionner la source.

Adopté par le conseil d'administration le **26 septembre 2012**

© Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, 2012

Rapport annuel de gestion

2011-2012

Mot du président et du président-directeur général



Jean Poitras
président du CA



Marc Fortin
président-directeur général

Une année fertile en actions

Dans l'application du Plan stratégique régional 2010-2015 duquel émergent quatre grandes orientations régionales, l'année 2011-2012 fut fertile en actions visant l'amélioration continue des soins de santé et les services sociaux offerts à la population des Laurentides.

Confrontés au défi de taille que représente l'augmentation importante des besoins due, notamment, à la croissance et au vieillissement de la population, nos réflexions et orientations demeurent orientées vers la recherche de solutions nous permettant d'accroître l'efficience des services tout en veillant de façon vigilante au maintien de leur qualité.

Entre autres, l'Agence, en collaboration avec les établissements, a déployé des efforts considérables pour recruter des médecins omnipraticiens et des médecins spécialistes. Ainsi, la majorité des nouveaux postes en médecine consentis dans la région ont été comblés ou sont en voie de l'être. De plus, régionalement, la performance des salles d'urgence poursuit sa tendance à l'amélioration, malgré les défis auxquels doit faire face le réseau. Les établissements de la région ont d'ailleurs investi temps et énergie afin d'optimiser les processus et de réviser l'organisation du travail sur tout le continuum de services.

C'est avec fierté que nous soulignons certaines initiatives régionales ayant émergées en 2011-2012, dont le déploiement du projet de modernisation du secteur de la pharmacie hospitalière des établissements qui avait pour objectif de diminuer les erreurs liées au dosage des médicaments. Une analyse terminée en octobre 2011 démontre déjà une considérable amélioration de la conformité aux normes. Ce résultat est directement attribuable à ce projet et au travail acharné des équipes de pharmacies. Également, l'Agence des Laurentides a rayonné lors du premier Forum virtuel national sur la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité où elle a été invitée à présenter son projet de soutien régional pour la prévention des événements indésirables liés aux médicaments en soins de longue durée. Plus de 2 000 participants assistaient à ce Forum à travers le Canada et à l'International. Aussi, toujours dans un souci d'optimisation, les agences de la santé et des services sociaux des Laurentides, Laval et Lanaudière ont concrétisé le projet de regroupement des centres de services et traitements informatiques en mars dernier. Partageant ainsi l'expertise, des économies importantes pourront profiter à plusieurs, au-delà de nos frontières régionales.

Grâce à des investissements majeurs permettant d'accroître l'offre de service en soutien à domicile et en ressources alternatives à l'hébergement, l'année 2011-2012 fut aussi marquée par un rehaussement des services pour la clientèle des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Malgré ces investissements, la pression sur le système causé par le manque important de places en CHSLD demeure un enjeu préoccupant. Parallèlement, la région s'est dotée d'un cadre régional d'optimisation des services de soutien à domicile lors d'un forum régional en novembre dernier, qui fut d'ailleurs très riche en échanges.

Les défis sont de taille, mais vous constaterez, à la lecture de ce rapport, que l'ensemble des actions déployées dans la dernière année témoigne de cette ferveur que nous avons à nous dépasser et de notre engagement envers l'amélioration des services.

Nous vous souhaitons une bonne lecture.

Jean Poitras
Président du CA

Marc Fortin
Président-directeur général

Déclaration de fiabilité

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de ma responsabilité. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables ont été maintenus afin de supporter la présente déclaration. De plus, je me suis assuré que des travaux ont été réalisés afin de fournir une assurance raisonnable de la fiabilité des résultats, et spécifiquement au regard de l'entente de gestion.

À ma connaissance, l'information présentée dans le Rapport annuel de gestion 2011-2012 de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, ainsi que les contrôles y afférant sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.



Marc Fortin,
président-directeur général

Table des matières

Sigles et acronymes

Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Mission 3
Conseil d'administration 4
Comités du conseil et de la direction 6
Structure organisationnelle 13
Réseau de la santé et des services sociaux 14

Portrait de santé et de bien-être de la population des Laurentides

Faits saillants 17
Une population en forte croissance 17
Une population vieillissante 19
Les résidences secondaires et le tourisme 20
Les disparités socioéconomiques 21
Les maladies chroniques 22
Les problèmes de santé mentale 25
Des défis particuliers chez les jeunes 25
Un défi chez les personnes âgées 27

Bilan des activités 2011-2012

Grandes orientations 30
Accessibilité aux soins et services 32
Services de santé publique 48
Qualité des services 58
Relations avec la communauté 61
Ressources humaines 63
Ressources immobilières 67
Ressources informationnelles 70
Ressources financières 73

États financiers

Rapport de la direction 85
Rapport des vérificateurs 87
États financiers 89

Annexes

Fiches de reddition de comptes 2011-2012 115
Code d'éthique et de déontologie du conseil d'administration 141
Code d'éthique du personnel 157

Sigles et acronymes

ACAPA	Association des centres d'accueil privés autofinancés
ADIHMP	Association pour la défense des intérêts des handicapés mentaux et physiques
AEPC	Association des établissements privés conventionnés
AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AGESSS	Association des gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux
AMC	Association médicale canadienne
AMP	Activités médicales particulières
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux
AMQ	Association médicale du Québec
APPAL	Association des personnes avec problèmes auditifs des Laurentides
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ARAPAQ	Association des ressources adultes et personnes âgées du Québec
ARIHQ	Association des ressources intermédiaires d'hébergement du Québec
ARLPHL	Association régionale des loisirs pour personnes handicapées des Laurentides
ARQ	Association des radiologistes du Québec
ARRQ	Association des résidences pour retraités du Québec
AS-803	Rapport d'intervention préhospitalière
AS-810	Formulaire de déclaration de transport
BCM - SLD	Bilan comparatif des médicaments en soins de longue durée
CAAP	Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes
CAB	Centre d'action bénévole
CAR	Conférence administrative régionale
CASH	Centre d'adoption de saines habitudes de vie
CAT	Centre d'abandon du tabagisme
CCS	Centre de communication santé
CCSR	Centre de coordination des services régionaux
CDD	Centre de dépistage désigné
CEPI	Candidat à l'exercice de la profession d'infirmière
CETAS	Centre d'entraide et de traitement en abus sexuels
CGR	Comité de gestion du réseau
CH	Centre hospitalier
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CII	Conseil des infirmières et infirmiers
CIIA	Comité des infirmières et infirmiers auxiliaires
CIR	Commission infirmière régionale
CJL	Centre jeunesse des Laurentides
CLD	Centre local de développement
CLE	Centre local d'emploi
CLPQS	Commissaire local aux plaintes et à la qualité des services
CLSC	Centre local de services communautaires
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens
CMS-A	Clinique médicale spécialisée associée
CMQ	Collège des médecins du Québec
CO	Monoxyde de carbone

COSAD	Comité de soutien à domicile
CPE	Centre de la petite enfance
CPEJ	Centre de protection de l'enfance et de la jeunesse
CPS	Centre de prévention du suicide
CQA	Conseil québécois d'agrément
CQLCC	Conseil québécois de lutte contre le cancer
CR	Centre de réadaptation
CRASLA	Comité régional sur l'accessibilité aux services en langue anglaise
CRAT	Centre de réadaptation pour les personnes alcooliques et toxicomanes
CRAULL	Centrale de réception des appels urgents Laurentides-Lanaudière
CRDL	Conseil régional de développement des Laurentides
CRDI	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle
CRDP	Centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience physique
CRDPEL	Comité régional de développement du personnel d'encadrement des Laurentides
CRIE	Commission régionale des immobilisations et des équipements
CRID	Centre de référence pour investigation
CRIF	Comité sur les ressources immobilières et financières
CRJDA	Centre de réadaptation pour jeunes en difficulté d'adaptation
CREXE	Centre de recherche et d'expertise en évaluation
CRM	Commission régionale multidisciplinaire
CRPQS	Commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services
CRSP	Comité régional des services pharmaceutiques
CSSPL	Comité stratégique de santé publique des Laurentides
CSST	Commission de la santé et de la sécurité au travail
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CVQS	Comité de vigilance et de la qualité des services
DACD	Diarrhée associée au Clostridium difficile
DC	Direction des communications
DG	Direction générale
DGA	Direction générale adjointe
DIMOS	Déficience intellectuelle, motrice, organique et sensorielle
DI-TED	Déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
DRAM	Direction régionale des affaires médicales
DRF	Direction des ressources financières
DRH	Direction des ressources humaines
DRMG	Département régional de médecine générale
DRSP	Direction régionale de santé physique
DSA	Direction des services administratifs
DSI	Direction des soins infirmiers
DSP	Direction de santé publique
DSP	Direction des services professionnels
DSPH	Direction des services professionnels et hospitaliers
DSQ	Dossier santé Québec
DSS	Direction des services sociaux

EAPSSS	Ensemble améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé
EES	École en santé
EESAD	Entreprise d'économie sociale en aide domestique
EIJ	Équipe d'intervention jeunesse
ETC	Équivalent temps complet
ETP	Équivalent temps plein
FADOQ	Fédération de l'âge d'or du Québec
FMOQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
HLM	Habitation à loyer modique
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
INCC	Institut national du cancer du Canada
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPAC	Initiative de partenariat en action communautaire
IPLI	Initiative de partenariats de lutte contre l'itinérance
IQDI	Institut québécois de la déficience intellectuelle
IRDS	Institut de recherche sur le développement social des jeunes
IRPDQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
IRSST	Institut de recherche en santé et sécurité au travail
ISQ	Institut de la statistique du Québec
ITSS	Infections transmises sexuellement et par le sang
JASP	Journées annuelles de santé publique
LIM	Laboratoire d'imagerie médicale
MA	Maintien des actifs
MAD	Maintien à domicile
MADO	Maladie à déclaration obligatoire
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec
MDDEP	Ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs
MED-ECHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
MIADO	Maladie et intoxication à déclaration obligatoire
MOP	Manuel d'organisation de projet
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
MPP	Maladies professionnelles pulmonaires
MRC	Municipalité régionale de comté
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NIRRU	Niveau d'intensité relative des ressources utilisées
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
ORSC	Organisation régionale de la sécurité civile
OSBL	Organisme sans but lucratif

OSIOR	Outil de support informatique pour les opérations de redéploiement
PACS	Picture archiving and communication system
PAE	Programme d'aide aux employés
PAL	Plan d'action local
PALV	Perte d'autonomie liée au vieillissement
PAPA	Personnes âgées et adultes en perte d'autonomie
PAR	Plan d'action régional
PCFI	Plan de conservation et de fonctionnalité immobilière
PCP	Pratiques cliniques préventives
PDG	Président(e)-directeur(trice) général(e)
PEM	Plan d'effectifs médicaux
PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
PMA	Procréation médicalement assistée
PMSD	Pour une maternité sans danger
PNSP	Programme national de santé publique
PQDCS	Programme québécois de dépistage du cancer du sein
PQLCC	Programme québécois de lutte contre le cancer
PRAAC	Plan régional de l'amélioration de l'accès et de la continuité
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
PROS	Plan régional d'organisation des services
PSBE	Politique de la santé et du bien-être
PSI	Plan de services individualisés
PSII	Plan de services individualisés intersectoriel
PSOC	Programme de soutien aux organismes communautaires
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
PSSP	Programme de subvention en santé publique
QEF	Québec en forme
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RCPHL	Regroupement pour la concertation des personnes handicapées des Laurentides
RCL	Réseau cancer Laurentides
RÉNIR	Réseau national intégré de radiocommunication dans la région des Laurentides
RF	Rénovation fonctionnelle
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
RI	Ressource intermédiaire
RIV	Réadaptation à intensité variable
RLS	Réseau local de services
RNIASSSS	Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins de santé et de services sociaux
ROCL	Regroupement des organismes communautaires des Laurentides
RRSS	Répertoire des ressources en santé et services sociaux
RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
RTF	Ressource de type familial
RTSS	Réseau de télécommunication sociosanitaire
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SAD	Soutien à domicile
SARDM	Système automatisé et robotisé de distribution de médicaments

SCPD	Symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence
SEMO	Service externe de main-d'œuvre
SIC-DI	Service d'information clientèle - déficience intellectuelle
SICHELD	Système d'information clientèle en centre hospitalier et centre d'hébergement et de soins de longue durée
SIDEP	Services intégrés de dépistage et de prévention
SIIATH	Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance
SIM	Suivi intensif dans le milieu
SIMASS	Système d'information du mécanisme d'accès aux services spécialisés
SIPPE	Services intégrés en périnatalité pour la petite enfance
SIRH	Système d'information en ressources humaines
SIV	Service de soutien d'intensité variable
SIVET	Service d'interprétation visuelle et tactile
SMASH	Services de motivation à l'adoption de saines habitudes de vie
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SRE	Surveillance, recherche et évaluation
TAP	Techniciens ambulanciers paramédics
TCC	Traumatisme craniocérébral
TMS	Troubles musculosquelettiques
TCNMI	Table de coordination nationale en maladies infectieuses
TCNPP	Table de coordination nationale en prévention-promotion
TCNSP	Table de coordination nationale en santé publique
TCN-S	Table de coordination nationale en surveillance
TCNSAT	Table de concertation nationale en santé au travail
TCNSE	Table de coordination nationale en santé environnementale
TED	Trouble envahissant du développement
TGC	Trouble grave du comportement
TRARA	Table de réflexion et d'action de retraités et d'aînés
TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
TRPIN	Table régionale en prévention des infections nosocomiales
UDI	Uilisation de drogues injectables
UTFR	Unité transitoire de récupération fonctionnelle
VHC	Virus de l'hépatite C
VIH	Virus d'immunodéficience humaine
VPH	Virus du papillome humain
VVS	Villes et Villages en santé

Agence des Laurentides

Mission
Conseil d'administration
Comités du conseil et de la direction
Structure organisationnelle
Réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides

L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides a pour mandat de veiller à la santé et au bien-être de la population de la région. Pour ce faire, elle coordonne l'ensemble des soins et services offerts à la population des Laurentides.

Mission

Afin de coordonner l'ensemble des soins et services offerts dans la région, l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides assume les fonctions suivantes :

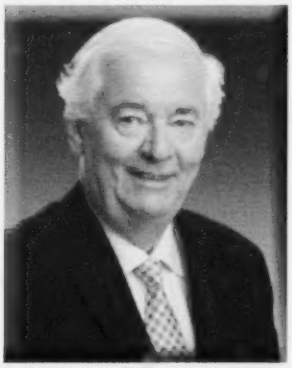
- Évalue l'état de santé et de bien-être de la population;
- Facilite le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux;
- Assure la coordination des activités des établissements, des organismes communautaires, des ressources intermédiaires et des résidences privées d'hébergement et favorise leur collaboration avec les autres agents de développement de leur milieu;
- S'assure que les mécanismes de référence et de coordination des services entre les établissements sont établis et fonctionnels;
- S'assure d'une prestation sécuritaire de services de santé et de services sociaux aux usagers;
- Met en place les mesures visant la protection de la santé publique et la protection sociale des individus, des familles et des groupes;
- Assure la participation de la population à la gestion du réseau et le respect des droits des usagers;
- Alloue les ressources régionales aux établissements et aux organismes communautaires;
- Assure la coordination des services de sa région avec ceux offerts dans les régions avoisinantes;
- Assure la coordination des activités particulières des médecins;
- Élabore le plan stratégique pluriannuel et en assure le suivi;
- Soutient les établissements dans l'organisation des services et intervient auprès de ceux-ci pour favoriser la conclusion d'ententes de services visant à répondre aux besoins de la population;
- Assure une gestion économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières mises à sa disposition;
- Développe des outils d'information et de gestion pour les établissements de sa région et les adapte aux particularités de ceux-ci;
- Prévoit des modalités et développe des mécanismes pour informer la population, la mettre à contribution à l'égard de l'organisation des services et pour connaître sa satisfaction en regard des résultats obtenus.

Conseil d'administration

Le conseil d'administration de l'Agence est composé de 16 membres issus de différents secteurs de la région et nommés par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Il a notamment pour fonction d'identifier les priorités relativement aux besoins de la population des Laurentides et aux services à lui offrir. Le tout, en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population, des particularités socioculturelles, linguistiques et géographiques. Il doit aussi répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières à sa disposition.

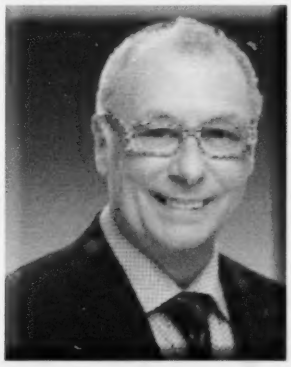
Exécutif



M. Jean Poitras, président, milieu de l'enseignement



M^me^ Paule Fortier, vice-présidente, cooptée



M. Marc Fortin, président-directeur général

Renouvellement du conseil

Six sièges ont fait l'objet d'un renouvellement de mandat au cours de l'année 2011-2012, soit ceux représentant les secteurs suivants :

- Comité des usagers des établissements de santé et de services sociaux;
- Commission infirmière régionale;
- Commission régionale multidisciplinaire;
- Département régional de médecine générale;
- Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée;
- Milieu syndical.

Tous les autres sièges du conseil feront également l'objet d'un processus de renouvellement au cours de la prochaine année. Ainsi, tous les postes au conseil auront été renouvelés pour une période maximale de quatre ans.

Membres



M^me^ Francine Asselin Bélisle
Milieu socioéconomique



M. Martin Jalbert
Commission infirmière régionale



D^r^ Éric Morin
Département régional de médecine générale



M^me^ Berthe Bélanger
Milieu socioéconomique



M^me^ France Laframboise
Cooptée



D^r^ David Mutch
Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée



M. Gilles Biron
Comité des usagers



M^me^ Luce Leblanc
Milieu syndical



M^me^ Jacinthe Normand
Représentante des CSSS et CHSLD



M. Jean-Marie Dubuc
Milieu communautaire



M^me^ Johanne Mongeau
Conseil multidisciplinaire



M^me^ France Pagé
Cooptée

Un poste vacant

Comités du conseil d'administration et de la direction

Forum de la population

Le Forum de la population a été mis en place au cours de l'année 2009-2010. Il est composé de personnes provenant des huit municipalités régionales de comté (MRC) de la région. Ce forum est responsable envers le conseil d'administration de l'Agence d'assurer la mise en place de différents modes de consultation de la population sur les enjeux de santé et de bien-être. Il a également pour mandat de formuler des recommandations sur les moyens à mettre en place pour améliorer la satisfaction de la population à l'égard des services de santé et des services sociaux disponibles.

Membres	Provenance
Mme Catherine Collin	MRC Thérèse-De Blainville
Mme Francine Gagné	MRC de Deux-Montagnes
M. Augustin Bourdages	MRC d'Argenteuil
M. Jean-Luc Lavoie	MRC de la Rivière-du-Nord
Diane Rioux	MRC de la Rivière-du-Nord
Mme Hidburg Beeken-Barkany	MRC de la Rivière-du-Nord
M. Serge Morin	MRC d'Antoine-Labelle
Mme Berthe Bélanger	MRC des Laurentides
M. Pierre Morabito	Ville de Sainte-Adèle
M. Stéphane Braney	Ville de Lachute
Mme Julie Delaney	Agence des Laurentides

Bilan des activités

Le Forum de la population s'est réuni à deux reprises au cours de l'année 2011-2012 pour participer à l'évaluation du portail de l'Agence afin de l'améliorer. L'objectif de l'évaluation était de s'assurer que les informations disponibles sur le portail soient pertinentes et adéquates pour la population.

En décembre 2011, malgré un changement législatif permettant d'abroger le Forum de la population, l'Agence et son conseil d'administration ont décidé de maintenir ce forum tout en modulant son organisation afin de répondre spécifiquement aux besoins et intérêts tant des membres que de la population.

Comité régional d'accessibilité aux services en langue anglaise

Le comité régional sur l'accessibilité aux services en langue anglaise (CRASLA) est composé de sept à dix membres représentant l'ensemble des personnes d'expression anglaise de la région des Laurentides. Il a pour mandat d'émettre ses recommandations au conseil d'administration de l'Agence des Laurentides sur l'application du programme d'accès aux services de santé et aux services sociaux en langue anglaise.

En 2010-2011, lors de la révision du Règlement concernant la nomination des membres du CRASLA, la notion de représentativité a été enlevée. Le critère de participation est lié à l'intérêt que portent les personnes pour l'accessibilité aux services en langue anglaise.

Membres

M^me^ Ellen Lakoff, présidente

M^me^ Valerie Glover Drolet

M^me^ Heather Stephens

M^me^ Kathy Van Bronswyck

M. James N. Warbanks

M^me^ Rola Helou

M. Joseph W. Graham

M. Jean-Philippe Vézina

Bilan des activités

Le CRASLA a tenu quatre rencontres/conférences téléphoniques au cours de l'année. Il a collaboré à la révision du programme d'accès et a déposé un avis favorable au conseil d'administration de l'Agence le 21 septembre. De plus, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), le CRASLA a déposé un avis concernant les priorités identifiées dans le document *Les priorités de la population anglophone du Québec en matière de soins de santé et de services sociaux 2013-2018* et il s'est positionné concernant l'octroi de financement non récurrent à des organismes communautaires pour la promotion de l'accessibilité à des services en langue anglaise et la traduction de documents.

Commission infirmière régionale

La Commission infirmière régionale est composée d'infirmières, d'infirmières auxiliaires et de gestionnaires des établissements de santé et de services sociaux de la région. Elle regroupe également un représentant du Cégep de Saint-Jérôme qui offre un programme d'enseignement en soins infirmiers, de même qu'un représentant de l'Agence des Laurentides et se penche sur toutes questions liées à l'organisation des services infirmiers et à la planification de la main-d'œuvre.

Membres	Provenance
M[me] Jocelyne Auger	CSSS d'Argenteuil
M. Robert Biltereys	Université du Québec en Outaouais
M. Sylvain Brousseau	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
M[me] Carole Cordeau	CSSS des Pays-d'en-Haut
M. Steve Desjardins	CSSS des Pays-d'en-Haut
M[me] Manon Dinel	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
M. Martin Jalbert	CSSS de Saint-Jérôme
M[me] France Laframboise	Secteur privé
M[me] Louise Leduc	Cégep de Saint-Jérôme
M[me] Thérèse Lessard	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
M. Martin Lévesque	CSSS de Saint-Jérôme
M[me] Nathalie Rochette	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
M[me] Sandra Savery	CSSS des Sommets
M. Marco Blanchet	Agence des Laurentides

Bilan des activités

La Commission infirmière régionale s'est réunie à cinq reprises au cours de l'année 2011-2012. Ses membres se sont intéressés au développement de la pratique professionnelle, à la formation de la relève des infirmières et à la fidélisation régionale de la dotation en soins infirmiers.

Par ailleurs, la Comission infirmière régionale a donné son avis sur plusieurs dossiers tels que :

- Plan d'action découlant de la planification stratégique;
- Plan d'action 2011-2014 pour les adultes et enfants-adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré grave;
- Cadre de gestion régional du programme d'aide matérielle pour les fonctions d'élimination;
- Vision régionale d'hébergement;
- Vision régionale d'hémodialyse.

Commission régionale multidisciplinaire

La Commission régionale multidisciplinaire est composée de professionnels et de techniciens membres des comités exécutifs des conseils multidisciplinaires des établissements de la région, de gestionnaires issus du domaine social et de la réadaptation, d'un représentant des établissements d'enseignement pourvus d'un département/d'un programme du domaine social, de réadaptation ou de santé, de même que de deux représentants de l'Agence.

Elle a pour mandat envers le conseil d'administration de l'Agence de donner son avis sur toutes questions liées à l'organisation et à l'accessibilité des services de santé, la planification de la main-d'œuvre et sur les approches novatrices de services et leurs incidences sur la santé et le bien-être de la population.

Membres	Provenance
M[me] Johanne Mongeau, présidente	CSSS de Saint-Jérôme
M[me] Dominique Laroche	CSSS d'Argenteuil
M[me] Lucie Hébert	Centre jeunesse des Laurentides
M[me] Mélanie Cyr	CSSS de Saint-Jérôme
M[me] Aurélia Rechain	CSSS de Saint-Jérôme
M. Daniel Desjardins	CSSS des Sommets
M[me] Isabelle Lampron	Cégep de Saint-Jérôme
M. Jérome Ryckewaert	observateur, CRDP Le Bouclier
M[me] Julie Delaney	Agence des Laurentides
M[me] Nathalie Pierre-Antoine	Agence des Laurentides

Bilan des activités

Au cours de l'année 2011-2012, la Commission régionale multidisciplinaire s'est réunie à quatre reprises. Dans le cadre de son mandat, elle a donné un avis favorable quant aux documents suivants :

- Plan d'action 2011-2014 : Consortium Laurentides pour les personnes adultes ayant subi un traumatisme craniocérébral;
- Plan d'action 2011-2014 : Consortium Laurentides pour enfants et adolescents ayant subi un traumatisme craniocérébral;
- Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC) 2011-2013 dans le cadre du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience;
- Cadre de gestion régional du programme d'aides matérielles pour les fonctions d'élimination;
- Vision sur l'hébergement des personnes âgées et services connexes;
- Orientations régionales du programme Dépendances de la région des Laurentides.

De plus, le Cadre de référence régional sur une gestion intégrée de la qualité des soins et services lui fut présenté afin de pouvoir contribuer à son actualisation.

Comité régional des services pharmaceutiques

Le comité régional des services pharmaceutiques (CRSP) est composé de pharmaciens exerçant dans les établissements de santé et de services sociaux de la région, de pharmaciens communautaires, d'un représentant de la faculté de pharmacie de la région et d'un représentant de l'Agence des Laurentides. Il a pour mandat d'émettre des recommandations au conseil d'administration de l'Agence des Laurentides sur toutes questions liées à l'organisation des services pharmaceutiques dans la région.

Membres	Provenance
M[me] Odile Chevalier	CSSS de Thérèse-De Blainville
M[me] Sylvie Côté	CSSS de Saint-Jérôme
M. Patrick Long, président	Pharmacien propriétaire
M[me] Nadia Turcotte	Pharmacienne d'officine

Bilan des activités

Le comité régional des services pharmaceutiques a tenu une rencontre au cours de l'année 2011-2012. Il a, entre autres, appuyé la démarche régionale d'implantation du bilan comparatif des médicaments en soins de longue durée.

Département régional de médecine générale

Le Département régional de médecine générale (DRMG) représente tous les médecins omnipraticiens qui exercent dans la région. Il a pour mandat de faire des recommandations au conseil d'administration de l'Agence des Laurentides relativement à l'organisation des services médicaux et au recrutement de médecins dans les Laurentides.

Membres	Provenance
Dr Bertrand Bissonnette	CSSS des Sommets
Dre Geneviève Caza	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Dr Jean Champagne	CSSS des Sommets
Dr Luc Laurin, chef du DRMG	CSSS d'Antoine-Labelle
Dre Marie-Andrée Poirier	CSSS d'Argenteuil
Dr Patrick Monday	CSSS de Thérèse-De Blainville
Dr Éric Morin	CSSS de Thérèse-De Blainville
Dr Roger Paquet	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Dre Brigitte St-Pierre, chef adjointe du DRMG	CSSS de Saint-Jérôme
Dre Christine Slythe	CSSS de Saint-Jérôme
Dr Jean L. Thisdale	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Dre Chantal Valois	CSSS des Pays-d'en-Haut
M. Marc Fortin, président-directeur général	Agence des Laurentides
Mme Julie Boucher, directrice régionale de la santé physique et directrice régionale des affaires médicales par intérim (depuis février 2011)	Agence des Laurentides

Bilan des activités

En 2011-2012, le DRMG a tenu neuf réunions, en plus de l'assemblée générale annuelle. Il a fait l'étude de nombreux dossiers portés à son attention sur divers sujets tels que :

- Le suivi des situations problématiques dans les CSSS, notamment concernant l'obstétrique, l'hospitalisation, les urgences, la clientèle-orpheline, les ruptures de service et la pénurie générale des effectifs médicaux;
- La gestion des activités médicales particulières (AMP);
- La gestion du Plan régional d'effectifs médicaux (PREM), de même que du Plan d'effectifs médicaux (PEM) de chacun des établissements de la région;
- La création et le soutien des groupes de médecine familiale (GMF) par la recommandation d'un 19e GMF sur le territoire des Laurentides ainsi que le renouvellement de cinq GMF;
- Le processus électoral 2012-2015;
- La vision sur l'organisation des services médicaux en première ligne et la proposition de création de comités locaux du DRMG.

Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée

La Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée est composée de médecins spécialistes agissant à titre de chefs d'un département de médecine spécialisée au sein des établissements de santé et de services sociaux des Laurentides. Elle a pour mandat de formuler des recommandations au conseil d'administration sur toute question liée à l'organisation des services médicaux spécialisés ainsi qu'au recrutement de spécialistes.

Membres	Provenance
Dre Geneviève Aubin	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Dr Dany Chouinard	CSSS de Saint-Jérôme
Dr Pierre-André Clermont	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Dr Guy Cournoyer, président	CSSS de Saint-Jérôme
Dre Emmanuelle Dubois	CSSS de Saint-Jérôme
Dre Luiza Dumitrescu	CSSS des Sommets
Dre Linda Lalancette	CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
Dr David Mutch	CSSS d'Argenteuil
Dr Daniel Picard	CSSS de Saint-Jérôme
Dr Éric Roy	CSSS d'Antoine-Labelle
M. Marc Fortin	Président-directeur général, Agence des Laurentides
Mme Julie Boucher, directrice régionale de la santé physique et directrice régionale des affaires médicales par intérim (depuis février 2011)	Agence des Laurentides

Bilan des activités

Les membres de la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée des Laurentides se sont rencontrés à sept reprises au cours de l'année 2011-2012.

En collaboration avec l'Agence des Laurentides et les directeurs des services professionnels des CSSS de la région, la Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée a collaboré étroitement à l'élaboration du plan régional d'effectifs médicaux spécialisés 2011-2015 ainsi qu'au suivi des dossiers d'organisation des services médicaux spécialisés dans les CSSS de la région. Pour l'année 2012, 31 postes supplémentaires ont été accordés à la région, pour un total de 318 répartis de la manière suivante :

Postes en médecine spécialisée par établissement, au 31 mars 2012	
CSSS de Saint-Jérôme	189
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	78
CSSS d'Argenteuil	14
CSSS des Sommets	20
CSSS d'Antoine-Labelle	17

Structure organisationnelle

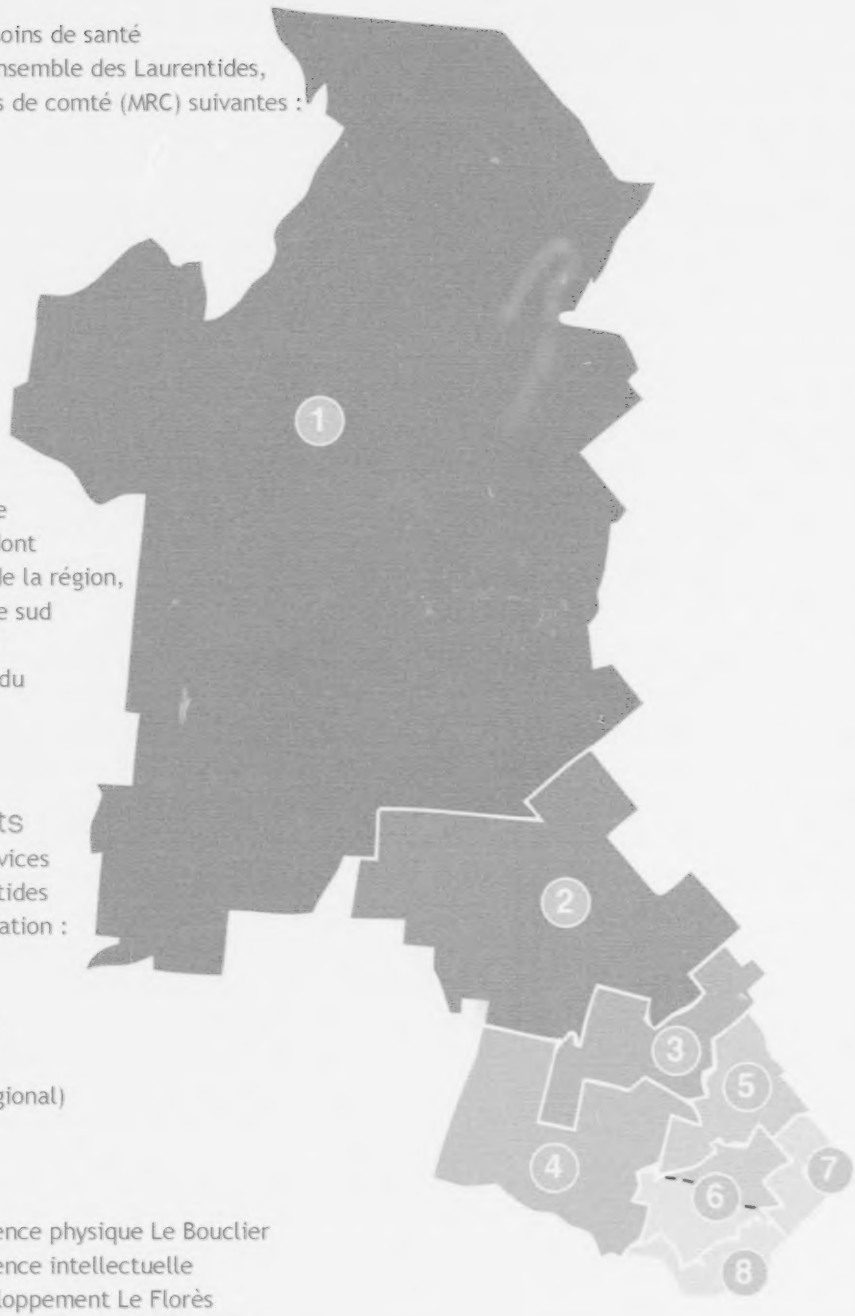
L'Agence des Laurentides est composée de sept directions qui relèvent du président-directeur général, M. Marc Fortin. Chacune de ces directions a pour mandat, dans leur champ d'expertise respectif, de coordonner les services offerts à la population des Laurentides et de soutenir les établissements de santé et de services sociaux de la région dans la réalisation de leur mission.



Le réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides

L'Agence des Laurentides coordonne les soins de santé et les services sociaux dispensés dans l'ensemble des Laurentides, soit dans les huit municipalités régionales de comté (MRC) suivantes :

1- Antoine-Labelle
2- Laurentides
3- Pays-d'en-Haut
4- Argenteuil
5- Rivière-du-Nord
6- Mirabel
7- Thérèse-de-Blainville
8- Deux-Montagnes



L'organisation des soins et services repose sur sept « réseaux locaux de services », dont le territoire correspond à celui des MRC de la région, sauf pour la MRC de Mirabel dont la partie sud est rattachée au RLS du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes et la partie nord au RLS du CSSS de Saint-Jérôme.

Notre réseau d'établissements

Quinze établissements de santé et de services sociaux sont répartis à travers les Laurentides et offrent des soins et services à la population :

- CSSS d'Antoine-Labelle
- CSSS d'Argenteuil
- CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes
- CSSS des Pays-d'en-Haut
- CSSS de Saint-Jérôme (hôpital régional)
- CSSS des Sommets
- CSSS de Thérèse-De Blainville
- Centre jeunesse des Laurentides
- Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier
- Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement Le Florès
- Centre de réadaptation en dépendance André-Boudreau
- La Résidence de Lachute
- CHSLD Vigi Deux-Montagnes (privé conventionné)
- Pavillon Sainte-Marie (privé conventionné)
- CHSLD Villa Soleil (privé conventionné)

Portrait de santé et de bien-être de la population des Laurentides

Portrait de santé et de bien-être de la population des Laurentides

Faits saillants du portrait

Le portrait de santé et de bien-être de la population de la région permet de situer les enjeux auxquels le réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides doit faire face et les défis qu'ils posent pour l'avenir.

7 constats

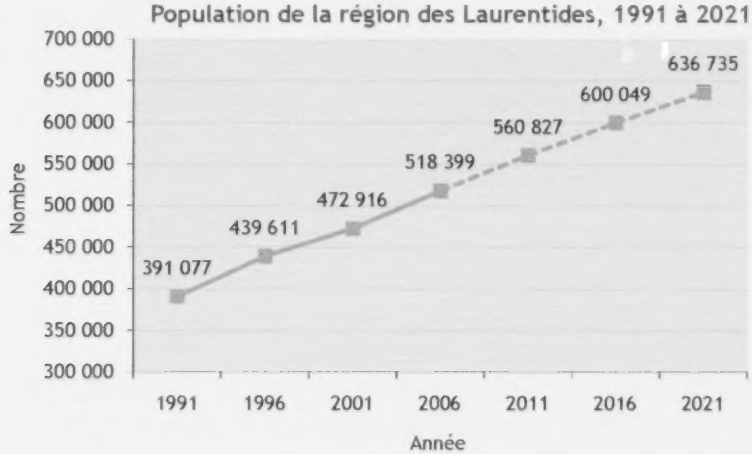
- Population en croissance et vieillissante
- Population touristique importante
- Disparités socioéconomiques
- Maladies chroniques et habitudes de vie néfastes pour la santé
- Problèmes de santé mentale qui affectent une partie importante de la population
- Difficultés sociales et de santé vécues par les jeunes et leur famille
- Perte d'autonomie chez une population d'aînés en augmentation

Les Laurentides : une population en forte croissance

Les Laurentides : une population en forte croissance représentant un accroissement parmi les plus importants au Québec.

- De 2001 à 2011 : la population aura augmenté de près de 20 % (+ 87 911 personnes).
- De 2011 à 2021 : une augmentation supplémentaire de 14 % est prévue (+ 76 000 personnes).
- Au total : l'accroissement de la population devrait atteindre 34,0 % de 2006 à 2031, ce qui représente la deuxième plus importante variation de population parmi les régions du Québec. L'accroissement prévu pour l'ensemble de la province ne sera que de 15,8 %.

Population de la région des Laurentides, 1991 à 2021

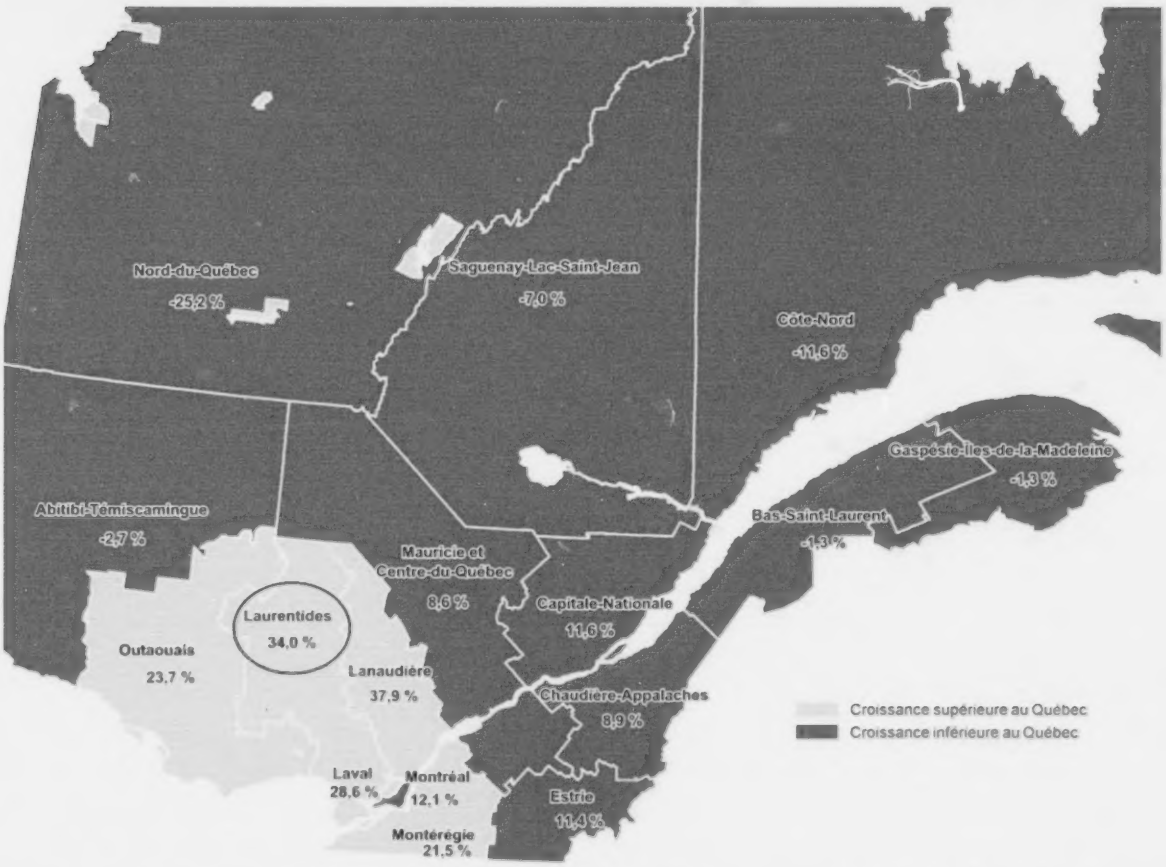


Note : ---------- Projections

Sources : MSSS, estimations de la population de 1996 à 2006 et projections de la population de 2006 à 2031, janvier 2010.

Sources complètes : Estimation de la population : ministère de la Santé et des Services sociaux, service du développement de l'information, janvier 2010.
1996 à 2006 : Institut de la statistique du Québec, direction des statistiques sociodémographiques, décembre 2009.
Projection de la population : ministère de la santé et des Services sociaux, service du développement de l'information, janvier 2010.
2006 à 2031 : Institut de la statistique du Québec, direction des statistiques sociodémographiques, décembre 2009.

Variation de la population (%) des régions du Québec, 2006 à 2031

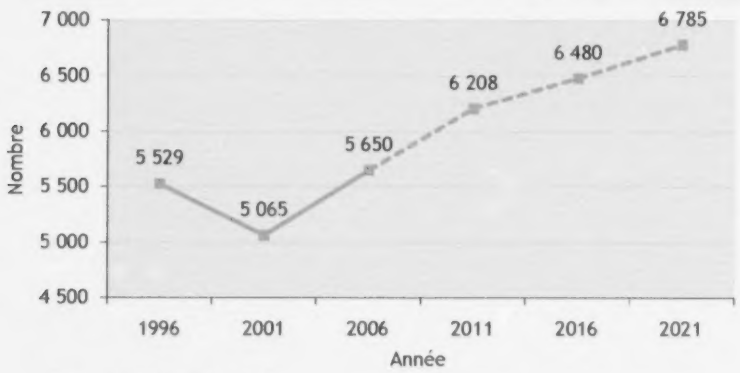


Sources : MSSS, Estimations de la population de 1996 à 2006 et projections de la population de 2006 à 2031, janvier 2010.

L'accroissement de la population des Laurentides est le résultat de trois phénomènes : une forte migration interrégionale, une natalité à la hausse et l'allongement de l'espérance de vie.

- **La forte migration interrégionale**
  La migration est particulièrement importante chez les jeunes adultes de 25 à 34 ans et les enfants de cinq à neuf ans. Elle se démarque aussi chez les personnes de 55 à 64 ans, venant s'installer dans la région en début de retraite. Les principales régions de provenance sont Laval et Montréal.
- **La natalité à la hausse**
  La natalité augmente depuis 2005 et les projections prévoient une poursuite de cette tendance au cours des dix prochaines années.
- **L'allongement de l'espérance de vie**
  De 1987 à 2007, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de près de cinq ans, passant de 75,5 à 80,4 ans conformément à la tendance provinciale.

Évolution du nombre de naissances dans la région des Laurentides



Note : Naissances projetées
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), fichier des naissances vivantes.
MSSS : Projections de la population de 2006 à 2031, janvier 2010.
Projection de la population : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, janvier 2010.
2006 à 2031 : Institut de la statistique du Québec, Direction des statistiques sociodémographiques, décembre 2009.

Une population vieillissante

L'allongement de l'espérance de vie contribue au vieillissement de la population, dans la région comme dans le reste du Québec. Toutefois, le vieillissement de la population sera plus marqué dans les Laurentides puisque la migration de jeunes familles au cours des dernières années a entraîné une proportion plus importante de baby-boomers que dans le reste de la province.

- La population âgée de 65 ans et plus va s'accroître de 54 % d'ici 2021, contre seulement 40 % pour l'ensemble du Québec.

Croissance de la population de 2011 à 2021, par groupe d'âge, région des Laurentides et du Québec

Groupe d'âge	Laurentides		Québec
	n	%	%
0-17 ans	+12 008	10,5	5,4
18-64 ans	+21 143	5,8	-1,0
65-74 ans	+24 518	50,2	41,7
75 ans ou plus	+18 239	57,7	36,6
Total	+75 908	13,5	6,6

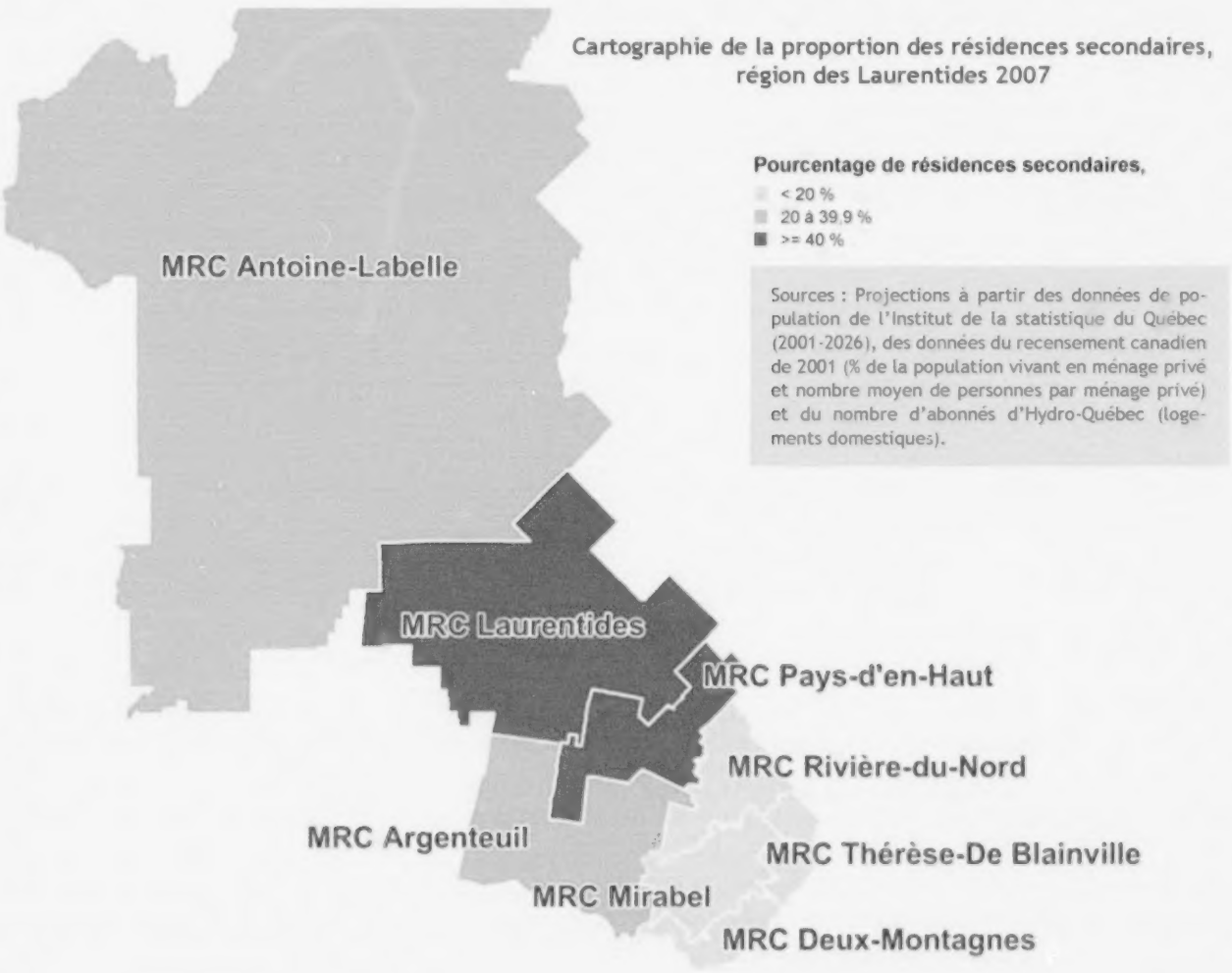
Sources : MSSS, estimations de la population de 1996 à 2006 et projections de la population.

Les résidences secondaires et le tourisme : un impact sur les services

En plus de l'accroissement décrit précédemment, certains territoires de la région comportent une part importante de résidences secondaires et accueillent de nombreux touristes les fins de semaine et en périodes de vacances, ce qui peut contribuer à exercer une pression supplémentaire sur les services de santé locaux.

- Tourisme : En 2008, 2 786 800 touristes ont séjourné au moins une nuit dans la région des Laurentides, ce qui en fait la troisième région la plus visitée au Québec, derrière Montréal et la région de la Capitale-Nationale. À cela s'ajoutent 3 844 100 visiteurs venus pour une excursion de moins de 24 heures.
- Résidences secondaires : Dans la MRC des Pays-d'en-Haut et la MRC des Laurentides, on trouve plus de 40 % de résidences secondaires parmi l'ensemble des logements dénombrés. Il n'est pas rare d'observer une transformation de ces résidences secondaires en résidences permanentes lors de la retraite.

Cartographie de la proportion des résidences secondaires, région des Laurentides 2007



Sources : Projections à partir des données de population de l'Institut de la statistique du Québec (2001-2026), des données du recensement canadien de 2001 (% de la population vivant en ménage privé et nombre moyen de personnes par ménage privé) et du nombre d'abonnés d'Hydro-Québec (logements domestiques).

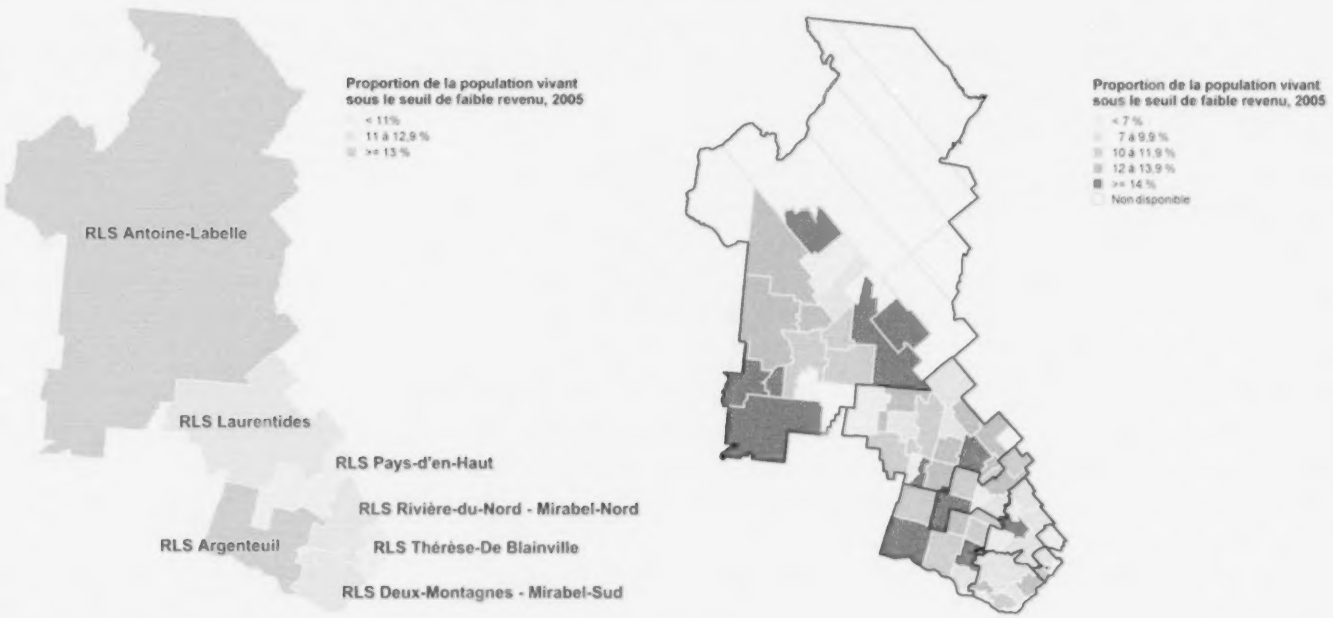
Des disparités socioéconomiques présentes dans la région

La pauvreté et les écarts de revenus au sein d'une même population entre les individus les plus aisés et les plus pauvres sont associés à un risque plus important de développer des problèmes de santé physique, mental et social. En effet, composer avec des opportunités moindres, des réseaux d'entraide moins étendus, le stress et le sentiment d'avoir peu de contrôle sur sa vie comportent des effets négatifs sur la santé.

La région se caractérise par la présence de zones de pauvreté qui sont distribuées de manière non uniforme entre les territoires de RLS et à l'intérieur de ceux-ci.

- Les territoires d'Argenteuil (14 %) et d'Antoine-Labelle (13,8 %) présentent une proportion plus élevée de personnes vivant sous le seuil de faible revenu alors que les territoires de Thérèse-De Blainville et de Pays-d'en-Haut en comptent 10,3 %.
- On retrouve aussi des zones de pauvreté à l'intérieur des territoires les plus favorisés.

Cartographie de la proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu par territoire de RLS et par municipalité



Source : Statistique Canada, recensement canadien de 2006.

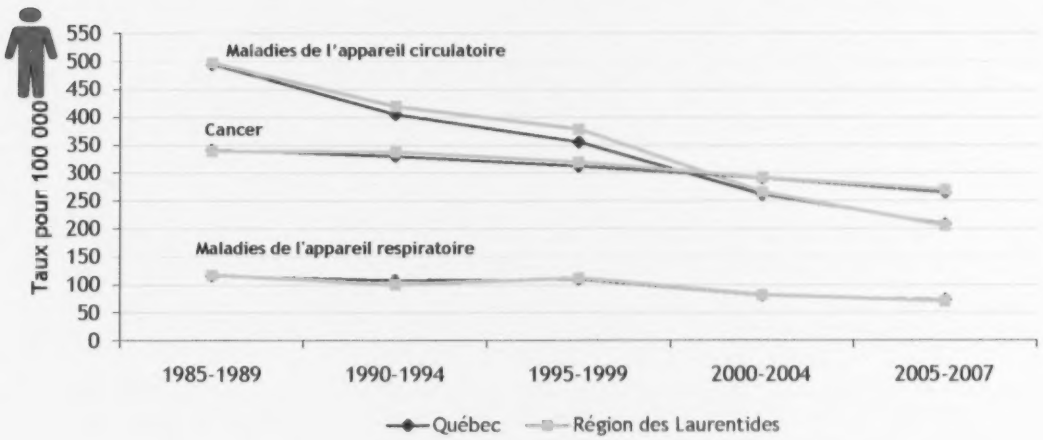
En 2005, le seuil de faible revenu avant impôt d'une personne vivant seule dans un milieu rural est de 14 000 $, comparativement à 20 780 $ en milieu urbain.

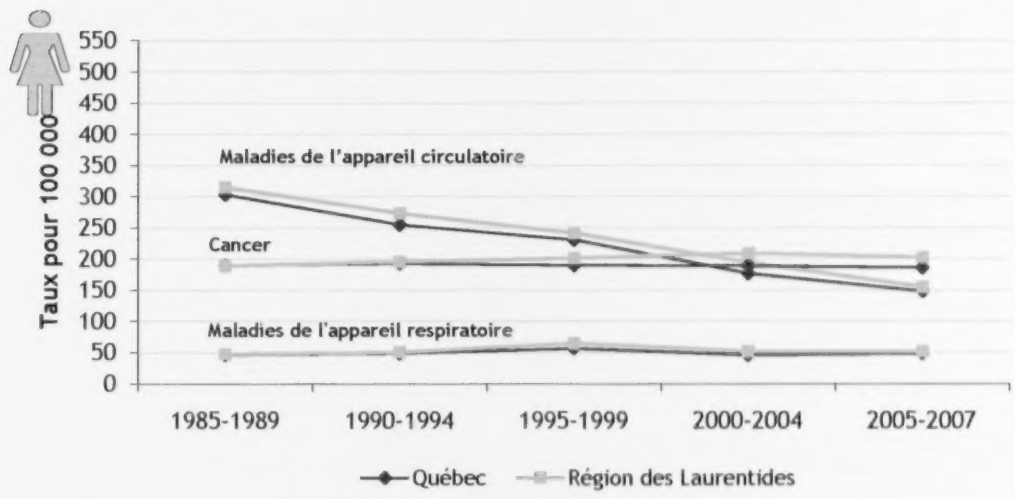
Les maladies chroniques

Entre 2005 et 2007, 70 % des décès sont attribuables aux maladies chroniques.

- Les cancers sont désormais la première cause de mortalité, suivis des maladies de l'appareil circulatoire et des maladies respiratoires, telles que les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC).
- Chez les femmes de la région, on observe une mortalité légèrement plus élevée pour les cancers, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies respiratoires que dans le reste de la province, probablement le reflet de leurs habitudes tabagiques antérieures.

Évolution de la mortalité selon les principales causes de décès



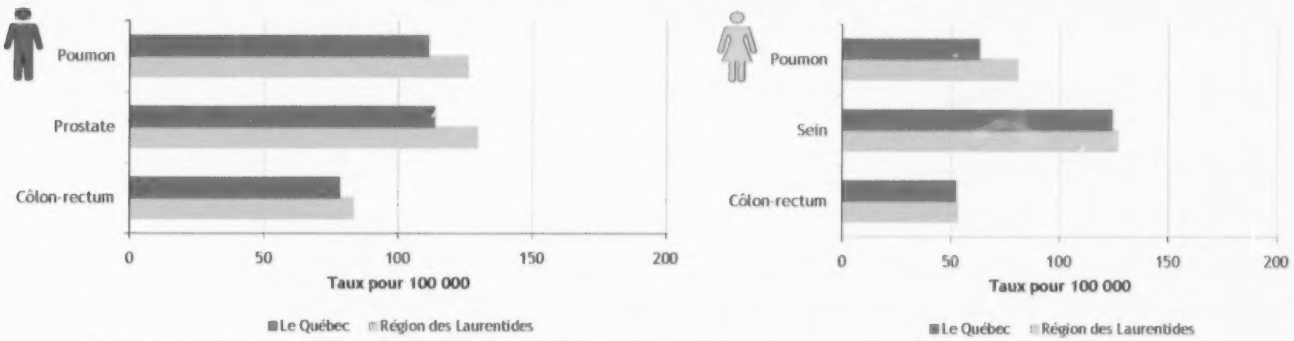


Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), fichier des décès.

Le cancer demeure préoccupant puisqu'on observe pour la période 2002-2006 un nombre de nouveaux cas de cancers par 100 000 habitants plus élevé dans la région que dans le reste de la province.

- Cancers les plus fréquents : poumon, côlon-rectum, sein et prostate.
- Taux de nouveaux cas de cancer du poumon plus élevé : ceci découle probablement des habitudes tabagiques antérieures plus répandues.
- Taux de nouveaux cas de cancer de la prostate plus élevé dans la région que dans le reste du Québec. Les pratiques de dépistage de ce cancer pourraient être à l'origine de cette différence.
- Les taux de nouveaux cas de cancer du côlon-rectum des hommes et des femmes de la région suivent de près ceux du Québec, de même que ceux du cancer du sein chez les femmes.

Nouveaux cas de cancer selon le site anatomique, 2002-2006

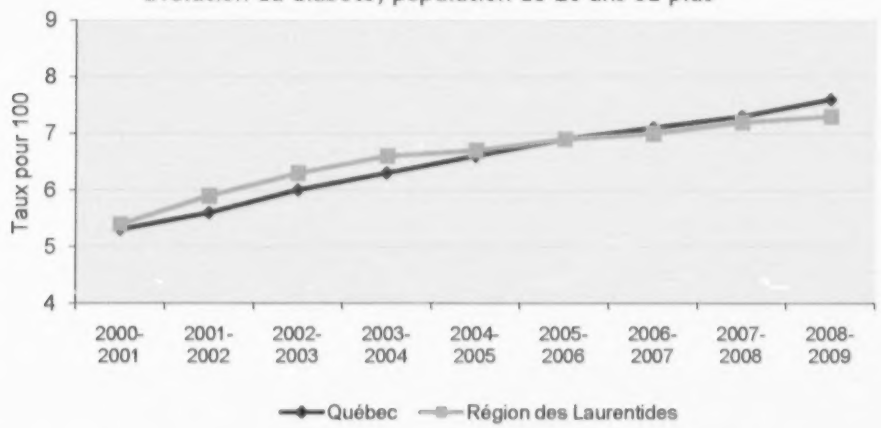


Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), fichier des tumeurs.

Le diabète est également une maladie chronique à ne pas négliger puisqu'il contribue à l'apparition de maladies cardiovasculaires et de complications importantes telles que l'insuffisance rénale, les cataractes et la cécité.

- Le nombre de cas de diabète par 100 habitants a augmenté de plus de 35 % entre 2000 et 2008 (en 2008-2009, on comptait 31 550 diabétiques de 20 ans ou plus dans la région).

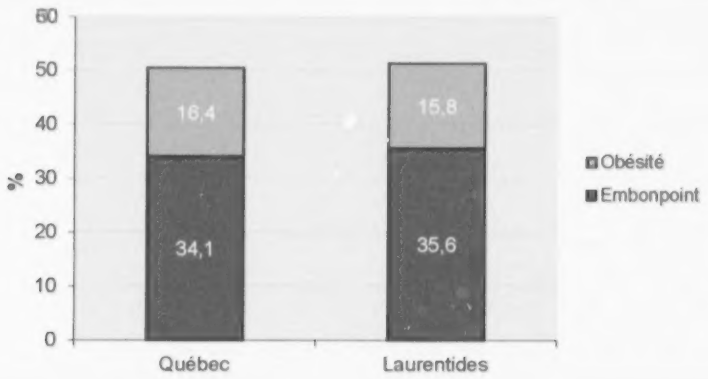
Évolution du diabète, population de 20 ans ou plus



Source : Institut national de santé publique (INSPQ), compilation et ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Les maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires et le diabète, sont souvent associées à un surplus de poids, lequel affecte une partie de plus en plus importante de la population. En 2009-2010, 36 % de la population adulte présentait de l'embonpoint et plus de 16 % de l'obésité.

Surplus de poids, embonpoint, obésité, population de 18 ans ou plus, 2009-2010

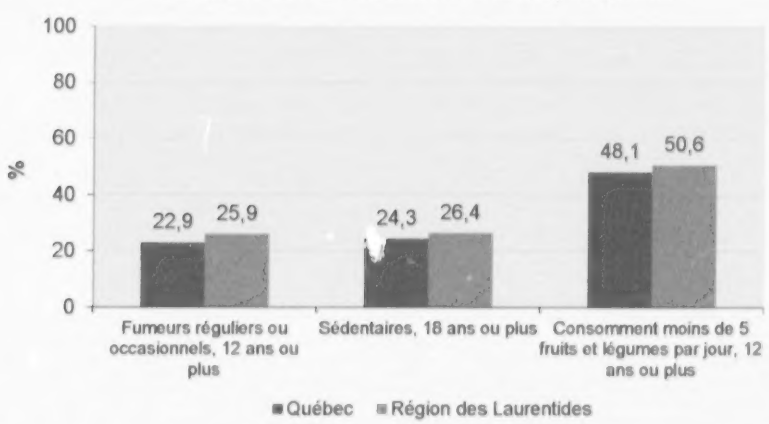


Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Parmi les autres facteurs de risque associés aux maladies chroniques, on compte le tabagisme, la sédentarité et une alimentation inadéquate. En 2009-2010 :

- près de 26 % de la population faisait toujours usage du tabac;
- 51 % des gens ont déclaré consommer moins de cinq fruits et légumes par jour;
- près de 26 % des adultes étaient sédentaires durant leurs loisirs, soit moins d'une activité physique par semaine.

Habitudes de vie néfastes à la santé, 2009-2010

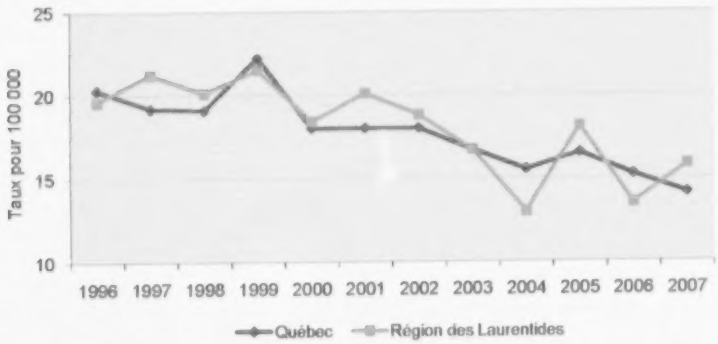


Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Des problèmes de santé mentale qui affectent une partie importante de la population

- En 2007-2008, 4,3 % des personnes de 12 ans ou plus de la région souffraient d'un trouble de l'humeur diagnostiqué par un médecin, tel que la dépression. Celles-ci présentent plus souvent des idées suicidaires et sont plus à risque de suicide.
- En 2008, environ 11 800 personnes âgées de 15 ans ou plus avaient songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois, ce qui représente 2,8 % de la population de la région.
- Comme au Québec, le taux de suicide est en diminution dans la région. Il est passé de 22 décès par 100 000 habitants en 1999 à 16 décès par 100 000 en 2007, ce qui représente 85 suicides durant l'année.
- Le suicide affecte particulièrement les hommes, dans un rapport de quatre hommes pour une femme décédés par suicide.

Évolution de la mortalité par suicide



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), fichier des décès.

- La consommation d'alcool et de drogues et les jeux de hasard et d'argent coexistent souvent avec d'autres problèmes de santé mentale. De nouvelles données disponibles en 2007-2008 permettent de documenter ces comportements. Pour la région en 2007-2008 et en proportions similaires au reste du Québec :
  - environ 18 % des personnes de 12 ans ou plus présentaient une consommation élevée d'alcool. Les hommes ayant une proportion plus élevée que les femmes (28,8 % et 7,7 %) ;
  - la proportion de personnes de 15 ans ou plus ayant consommé des drogues durant les 12 mois précédents s'élève à 13 %;
  - 2,3 % de la population de 12 ans ou plus est considérée comme des joueurs problématiques.

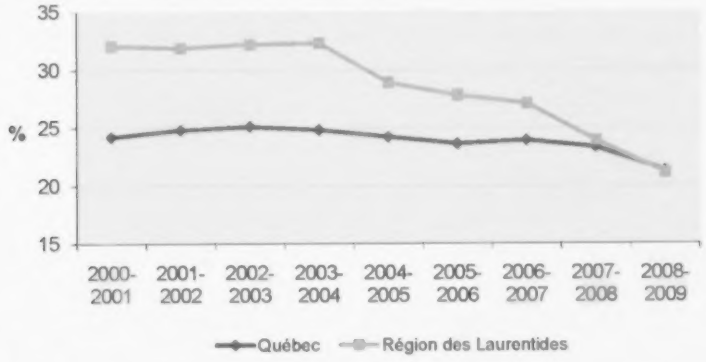
Des défis particuliers chez les jeunes

Chez les jeunes de moins de 20 ans, plusieurs indicateurs sociaux et de santé traduisent les difficultés vécues par les jeunes et leurs familles et représentent des défis pour la région.

- Des données disponibles pour la première fois en 2008 démontrent que près de 14 % des enfants de 3 à 14 ans dans les Laurentides présentaient des difficultés socioémotionnelles modérées ou sévères (troubles de comportements, difficultés émotionnelles, problèmes d'hyperactivité et d'inattention ainsi que des troubles relationnels avec les pairs), dans une proportion comparable au reste du Québec.

- Les taux de signalements reçus à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) demeurent supérieurs à la moyenne provinciale, mais ont cessé de croître depuis 2005-2006.
- En 2009-2010, parmi les 6 400 signalements reçus, plus de 900 ont été jugés fondés à l'évaluation.
- Les problématiques les plus souvent rencontrées sont la négligence, les mauvais traitements psychologiques, les troubles de comportements et l'abus physique.
- Alors que le décrochage scolaire était élevé depuis plus de dix ans, les efforts des différents partenaires pour la réussite éducative dans la région semblent avoir porté fruit puisque le taux est actuellement en diminution et rejoint désormais la moyenne provinciale.
- Chez les garçons, le décrochage est passé de 41 % en 2000-2001 à 27 % en 2008-2009 et de 24 % à 16 % chez les filles.

Évolution du décrochage scolaire

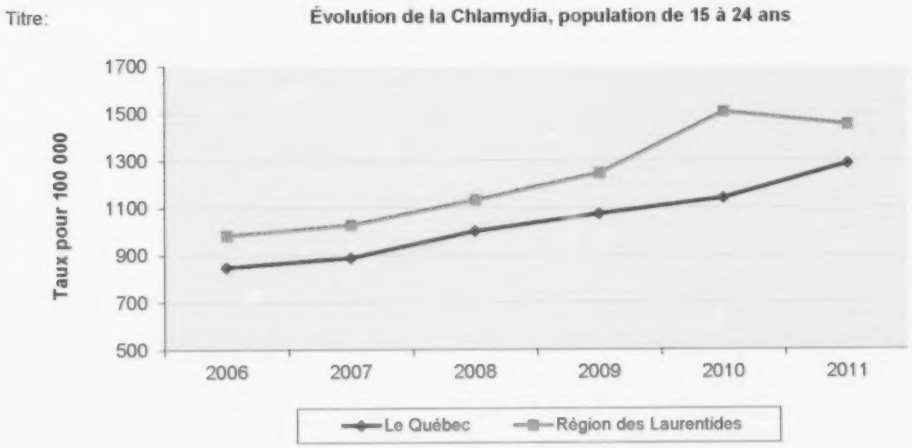


Note : Formation générale, Commissions scolaires publiques.
Source : Ministère de l'Éducation, portrait statistique de l'Éducation, région administrative des Laurentides (15), Banque de cheminement, juin 2011.

L'augmentation des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) est un problème qui a pris de l'ampleur au cours des dernières années de façon plus marquée dans la région que dans le reste de la province, particulièrement chez les jeunes de 15 à 24 ans.

- Parmi les infections à déclaration obligatoire, la chlamydia est la plus importante. Le nombre de cas de chlamydia déclaré chez les jeunes de 15 à 24 ans est passé de 620 à 1 038 en 2011.
- Entre 2004 et 2008, le nombre de nouveaux cas de gonorrhée a pratiquement doublé et les jeunes représentaient près de 50 % de ces cas.

Évolution de la Chlamydia, population de 15 à 24 ans



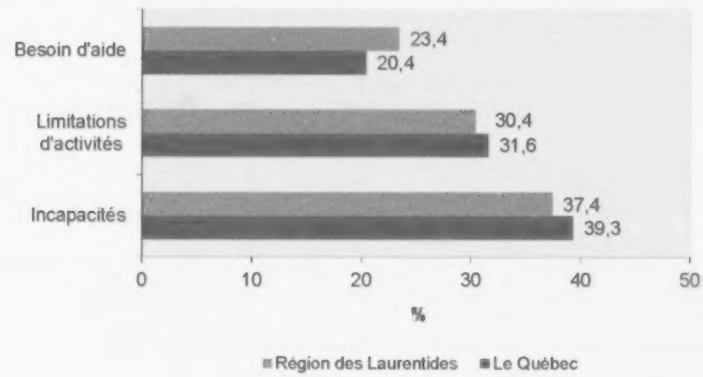
Source : Registre central des MADO, extraction de données : avril 2012.

Un défi chez les personnes âgées : conserver l'autonomie

Le vieillissement de la personne est souvent associé à une détérioration graduelle de son état de santé qui entraîne à son tour une perte d'autonomie. En 2009-2010 :

- 37 % des aînés déclaraient avoir une incapacité;
- 30 % affirmaient avoir une limitation d'activité;
- 23 % mentionnaient avoir besoin d'aide pour accomplir leurs activités quotidiennes.

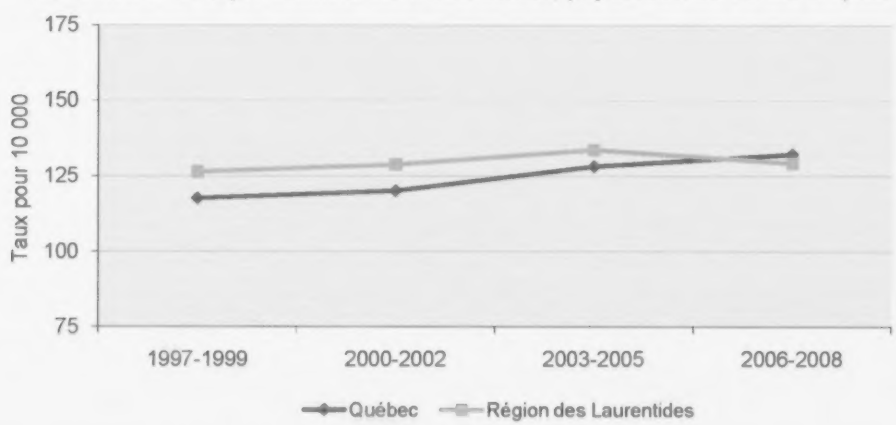
Incapacité, limitations d'activités et besoins d'aide pour les activités quotidiennes, population de 65 ans ou plus, 2009-2010



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2009-2010

- Le vieillissement se traduit par une augmentation du nombre de chutes chez plusieurs aînés qui, à leur tour, renforcent le cercle vicieux de la perte d'autonomie.
- Les taux d'hospitalisation pour chute étaient à la hausse et supérieurs à ceux du Québec jusqu'en 2003-2006 dans la région. Le taux est désormais comparable au reste de la province.

Évolution des hospitalisations liées aux chutes, population de 65 ans ou plus



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), fichier MED-ECHO.

Bilan des activités de l'année 2011-2012

Grandes orientations
Accessibilité aux soins et services
Services de santé publique
Qualité des services
Relations avec la communauté
Ressources humaines
Ressources immobilières
Ressources informationnelles
Ressources financières

Grandes orientations



Planification stratégique - Horizon 2015

Le plan stratégique régional 2010-2015 ayant été déposé au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en mars 2011, la première année d'actualisation de celui-ci s'est terminée en mars 2012. Ce plan repose sur les quatre orientations régionales suivantes :

- Faire en sorte que la région des Laurentides devienne un milieu de travail hautement valorisé pour le personnel œuvrant dans le réseau de la santé et des services sociaux;
- Améliorer l'accès aux services aux clientèles vulnérables, plus particulièrement où l'on constate des problématiques prioritaires d'accès;
- Consolider les services de première ligne en tenant compte de la hiérarchisation des services et des disparités régionales;
- Développer une synergie régionale en matière de performance et d'optimisation des ressources.

En continuité avec la démarche stratégique régionale, chacun des établissements de la région a été invité à développer son plan stratégique les menant à 2015. Au 31 mars 2012, trois établissements avaient complété leur démarche et déposé leur plan stratégique.

Ententes de gestion et d'imputabilité

En cette seconde année du cycle des ententes de gestion liées au plan stratégique 2010-2015, le Ministère a demandé à chacune des régions d'élaborer un plan d'action annuel régional lié à leur planification stratégique. De ce fait, un plan d'action a été élaboré et intégré à l'entente de gestion régionale 2011-2012. Les attentes du MSSS envers la région des Laurentides en termes d'optimisation des ressources et de maintien des services offerts à la population ont également été intégrées à l'entente de gestion régionale conclue avec le Ministère.

Des ententes de gestion ont aussi été signées avec chacun des 12 établissements publics de la région. Ces ententes précisent la contribution de chacun des établissements concernés par l'offre de service régionale et les engagements de la région. Le bilan de l'entente de gestion, présenté en annexe à ce rapport annuel, témoigne des efforts consentis pour l'atteinte régionale des objectifs fixés.

Par ailleurs, le nouveau cadre de gestion des ententes de gestion et d'imputabilité MSSS - Agence prévoit la signature de l'entente régionale pour le 31 mars de chaque année, respectant ainsi le début de l'année financière et permettant de signer plus rapidement les ententes Agence - Établissement. Afin de respecter les nouveaux échéanciers, les établissements de la région ont été sollicités en décembre 2011 afin de contribuer à l'élaboration du plan d'action régional 2012-2013, entre autres par la production de bilans provisoires 2011-2012. Ainsi, le plan d'action fut transmis en janvier 2012 au Ministère dans les délais impartis et la préparation des ententes de gestion et d'imputabilité régionales et locales a débuté tel que prévu.

Projets d'optimisation

En 2010, la région s'est inscrite dans une démarche d'optimisation dont le leadership est assuré par le ministère de la Santé et des Services sociaux. L'objectif visé par cette démarche est d'améliorer l'accès aux services, et ce, en tirant le meilleur parti des ressources disponibles.

De ce fait, les projets d'optimisation nationaux ont été intégrés aux ententes de gestion régionales et locales. Par ailleurs, les établissements ont soumis les projets d'optimisation locaux qu'ils comptaient mettre de l'avant en 2011-2012 et ont aussi été intégrés à leur entente de gestion. Le tableau suivant présente l'état d'avancement des projets nationaux d'optimisation au sein de la région des Laurentides.

Projets MSSS – Agence

Projets d'optimisation	État d'avancement
Courrier électronique	Inventaire réalisé en préparation de la migration.
Téléphonie IP	Plan régional d'optimisation de la téléphonie déposé au MSSS en novembre 2011. Analyse des bénéfices terminée à 90 %. Préparation du site d'accueil des systèmes.
Cellulaire	Projet terminé, générant des économies de 138 000 $ annuellement. Le bilan a été déposé au MSSS en février 2012.
Visioconférence	Représentant régional désigné.
Approvisionnement en commun	Processus de regroupement des corporations d'achats effectué pour le Nord-Ouest.
Énergie / Programme développement durable	Projets en cours dans les établissements de la région. Comité régional des répondants de développement durable mis en place.
Gestion de la présence au travail	Plan d'action régional 2011-2012 élaboré en collaboration avec les établissements. Appel de projets en santé et sécurité au travail pour 2012-2013 réalisé auprès des établissements.
Réduction de la main-d'œuvre indépendante (MOI)	Appel de projets visant à réduire la MOI réalisé en avril 2011 et bilan réalisé au 31 décembre 2011. Appel d'offres régional d'achat de services en MOI réalisé. Sept projets estivaux terminés.
Clientèle soutien à domicile (Perte d'autonomie liée au vieillissement, déficience physique, déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement)	Lancement du projet régional et déploiement local. Dépôt du *Cadre de référence du programme régional d'optimisation des processus des services de soutien à domicile de la région des Laurentides 2010-2015* au comité directeur du projet pour approbation.
Info-santé	Analyse des scénarios de regroupements possibles.
Laboratoire : hiérarchisation et pertinence	Suivi des travaux nationaux. Orientations régionales transmises aux établissements.

Développement durable

Découlant du plan d'action de développement durable 2009-2013 du MSSS *Prévenir et agir, pour la santé de notre avenir*, une démarche régionale a été amorcée par la nomination d'une répondante régionale et la formation d'un comité régional constitué des répondants locaux. Une première rencontre a eu lieu permettant de constater l'avancement dans la région en termes de développement durable et de cibler les initiatives propices à un développement qui répond aux besoins du présent sans compromettre la capacité des générations futures à répondre aux leurs (*Loi sur le développement durable*).

Accessibilité aux soins et services

L'Agence des Laurentides coordonne l'ensemble des soins et services offerts dans la région. Avec la collaboration des établissements de santé et de services sociaux qui les dispensent, elle veille à ce que ces soins et services répondent adéquatement aux besoins de la population et à ce qu'ils respectent des standards de qualité rigoureux.

Urgences

Sur son territoire, la région des Laurentides compte sept centres de santé et services sociaux (CSSS), dont cinq avec un centre hospitalier. Au total, six salles d'urgence offrent des services à la population :



- Hôpital de Saint-Eustache (CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes);
- Hôpital régional de Saint-Jérôme (CSSS de Saint-Jérôme);
- Hôpital d'Argenteuil (CSSS d'Argenteuil);
- Hôpital Laurentien (CSSS des Sommets);
- Centre de service de Rivière-Rouge (CSSS d'Antoine-Labelle);
- Hôpital de Mont-Laurier (CSSS d'Antoine-Labelle).

Afin d'avoir un portrait à jour en tout temps de la situation dans les urgences de la région, un suivi quotidien est effectué grâce au monitoring des salles d'urgence. De plus, les informations relatives à la situation des salles d'urgence sont disponibles sur le site Internet de l'Agence et sont mises à jour quotidiennement.

Par ailleurs, le comité régional des salles d'urgence, qui rassemble les gestionnaires et les médecins-chefs des urgences de la région et qui est piloté par l'Agence, poursuit ses opérations. Quatre rencontres ont eu lieu au cours de l'année 2011-2012. En plus des recommandations émises afin d'améliorer l'offre de soins liés aux urgences hospitalières, un sous-comité s'est formé afin de se pencher sur l'amélioration des processus internes tels que le triage, les ordonnances collectives et la planification de congé.

Pour ce qui est du plan d'action régional de gestion intégrée visant le désencombrement des urgences 2010-2013, il demeure un outil de référence important qui s'inscrit dans la logique de continuum de services et qui vise à prioriser des actions ayant un impact sur le fonctionnement des urgences, et ce, tant en amont qu'en aval. En plus des visites ministérielles des établissements, des suivis individuels sont effectués par l'équipe de l'Agence, qui permettent la mise à jour des plans d'action locaux et de réaliser les actions posées afin de répondre aux besoins de la population.

Les établissements de la région ont d'ailleurs investi plusieurs efforts afin d'optimiser les processus et de réviser l'organisation du travail sur tout le continuum de services. Régionalement, la performance des salles d'urgence poursuit sa tendance à l'amélioration, malgré les défis posés par le manque d'effectifs médicaux, la population vieillissante et la situation des services en santé mentale au CSSS de Saint-Jérôme.

Médecins pratiquant dans les Laurentides

Dans le cadre du Plan régional d'effectifs médicaux (PREM) en médecine générale, la région des Laurentides a été autorisée par le ministère de la Santé et des Services sociaux à recruter 41 nouveaux médecins omnipraticiens en 2011, soit 31 postes pour les médecins débutant leur pratique et dix postes pour les médecins déjà en pratique qui souhaitent se joindre à la région. Approximativement 520 médecins omnipraticiens exercent dans les Laurentides.

Par ailleurs, le nombre de postes en médecine spécialisée autorisé pour la région a été augmenté de 31 postes en 2012 pour un total de 318 postes.

La majorité des nouveaux postes de médecins omnipraticiens et spécialistes ouverts dans la région ont été comblés ou sont en voie de l'être. L'Agence, en collaboration avec les établissements, travaille à recruter des médecins en médecine générale et en spécialités afin de combler les besoins de la population.

Groupe de médecine familiale et cliniques médicales

En collaboration avec le Département régional de médecine générale (DRMG), l'Agence des Laurentides a poursuivi la sollicitation auprès des médecins de la région intéressés à faire de leur cabinet un groupe de médecine familiale (GMF). Cette organisation offre aux cliniques participantes le soutien de leur CSSS qui leur fournit, entre autres, les services d'infirmières cliniciennes. Cette façon de faire permet un meilleur suivi de la clientèle, ce qui améliore les services de médecine familiale offerts à la population de la région.

Un nouveau GMF a été accrédité en 2012, soit le GMF Saint-Sauveur. Cela porte à 19 le nombre total de GMF dans la région. Trois autres cliniques médicales ont également initié les démarches préparatoires d'accréditation, ce qui permettra d'atteindre l'objectif de 22 GMF dans les Laurentides.

GMF des Laurentides

Territoire de CSSS	Nom du GMF	Accrédité	Nombre de médecins
CSSS d'Antoine-Labelle	GMF de la Rouge	2003-01-11	15
	GMF de la Lièvre	2008-03-04	12
CSSS d'Argenteuil	GMF d'Argenteuil	2007-02-20	9
CSSS de Thérèse-De Blainville	GMF Lorraine	2004-02-20	9
	GMF Blainville-La Source	2007-06-06	14
	GMF Fontainebleau	2008-12-17	11
	GMF Chapleau	2010-01-14	4
	GMF Ste-Anne-des-Plaines	2010-06-15	5
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	GMF Montée de la Baie	2008-02-06	6
	GMF Deux-Montagnes	2008-02-06	9
	GMF Polyclinique St-Eustache	2008-02-06	30
	GMF Centre médical 25	2008-02-06	12
CSSS de Saint-Jérôme	GMF du Grand Saint-Jérôme	2007-01-09	20
	GMF St-Hippolyte	2010-06-15	9
	GMF Saint-Antoine	2010-06-15	6
	GMF Antoine-Labelle	2010-06-15	10
CSSS des Sommets	GMF des Sommets	2007-01-09	39
	GMF Mont-Tremblant	2003-04-11	5
CSSS des Pays-d'en-Haut	GMF Saint-Sauveur	2012-03-27	6

Cliniques médicales des Laurentides (incluant les GMF)

Territoire	Nombre
CSSS de Saint-Jérôme	22
CSSS de Thérèse-De Blainville	21
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	12
CSSS d'Argenteuil	1
CSSS des Pays-d'en-Haut	7
CSSS des Sommets	7
CSSS d'Antoine-Labelle	8
Total	78



Médecins de famille

Quelque 520 omnipraticiens œuvrent dans les Laurentides. Une analyse récente chiffre à 184 le nombre additionnel d'omnipraticiens à temps plein nécessaire afin de répondre aux besoins actuels de la population des Laurentides.

Chirurgies

Tout au long de l'année 2011-2012, le suivi des délais d'attente et de production en chirurgie s'est poursuivi. Ainsi, il est à noter qu'à l'exception des arthroplasties totales de la hanche ou du genou, plus de 90 % des autres chirurgies électives ont été réalisées à l'intérieur du délai prescrit de six mois d'attente.

De plus, le nombre de chirurgies effectuées a largement surpassé les cibles régionales établies pour chacune des catégories de chirurgies, à l'exception de la chirurgie hospitalisée pour laquelle la production annuelle totale est légèrement inférieure au nombre de chirurgies visé.

Par ailleurs, la production annuelle régionale de chirurgie de la cataracte présente une hausse significative de 28 % cette année par rapport à l'année précédente. En effet, dans le cadre de l'entente 108 conclue entre le centre hospitalier de Saint-Jérôme et l'Institut de l'œil de Boisbriand, plus de 8 600 chirurgies de la cataracte ont été effectuées au cours de l'année 2011-2012. Cette production annuelle régionale est également la cible pour la prochaine année.

Pour ce qui est de la chirurgie d'un jour en orthopédie, l'entente de zone franche entre le CSSS d'Argenteuil et le CSSS de Saint-Jérôme a été reconduite et a contribué à la hausse observée de 6 % au niveau du volume de chirurgies d'un jour réalisées par rapport à l'année 2010-2011.

Finalement, au cours de l'année 2011, l'Agence, en partenariat avec les acteurs clés des cinq centres hospitaliers de la région, a élaboré et déposé au MSSS un projet régional visant le rehaussement et l'optimisation des blocs opératoires dans les Laurentides. Dans le cadre de ce projet, l'ouverture d'une salle de chirurgie supplémentaire au nouveau bloc opératoire du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes a été annoncée et sa mise en fonction est prévue au cours de l'année 2012. Cet ajout au plateau technique existant devrait permettre une hausse additionnelle du volume de chirurgies pour la prochaine année et aider à accroître l'accessibilité à la chirurgie, entre autres, pour l'arthroplastie de la hanche ou du genou.

Chirurgies ciblées par des mesures d'accès particulières (2011-2012)

Catégorie de chirurgies	Total de chirurgies réalisées	Nombre de chirurgies visé	Atteinte du nombre de chirurgies visé (%)	Pourcentage de chirurgies réalisées dans un délai ≤ à six mois
Prothèse totale de la hanche	262	167	157 %	75,8 %
Prothèse totale du genou	407	264	154 %	66,8 %
Cataracte	8 618	4 461	193 %	96,9 %
Chirurgie d'un jour	12 340	8 534	144 %	92,0 %
Chirurgie hospitalisée	8 823	8 924	99 %	96,3 %

Services diagnostiques

Imagerie médicale

Au cours de l'automne 2011, le déploiement du nouveau formulaire *Gestred* en imagerie médicale s'est effectué. Ce formulaire est rempli par les cinq CSSS de la région qui offrent des services en imagerie médicale. Permettant d'uniformiser la façon de présenter les données sur les délais d'accès et la production en imagerie, il facilite le suivi régional pour les examens électifs en imagerie médicale.

Également, un plan d'action régional de l'accès a été élaboré en collaboration avec les acteurs concernés dans les centres hospitaliers de la région. Ce plan identifie les actions à prendre au cours de la prochaine année pour optimiser et accroître l'accès aux services spécialisés, dont les services en imagerie médicale.

Il faut également mentionner que l'Agence des Laurentides a reconduit, pour l'année 2012, les ententes de services formelles qu'elle avait conclues l'année précédente avec chacun des titulaires des cinq laboratoires d'imagerie médicale (LIM) de la région. Les LIM concernés par ces ententes sont les suivants :

- Imagix Radiologie Saint-Eustache
- Imagix Radiologie Sainte-Thérèse
- Imagix Radiologie Blainville
- Radiologie Saint-Sauveur
- Radiologie Sainte-Adèle

Par ailleurs, afin d'accroître l'accessibilité à l'imagerie en mammographie et en échographie dans la région, deux ententes de services, en vertu de l'article 108 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, ont été conclues au cours de l'année 2011-2012 entre deux des CSSS et Imagix Radiologie Saint-Eustache. À échéance en juillet 2012, ces ententes auront permis de réaliser 545 échographies du sein et minimalement 500 mammographies additionnelles.

Finalement, le seul département de médecine nucléaire de la région qui se trouve au centre hospitalier de Saint-Jérôme, a fait l'acquisition d'une nouvelle Gamma caméra appelée SPECT/CT. Utilisé depuis octobre 2011, cet équipement permet de réaliser des images et des reconstructions en trois dimensions des organes et de leur métabolisme. Auparavant disponible qu'à l'extérieur de la région, l'acquisition de cet appareil par l'hôpital régional permet de desservir localement la population des Laurentides tout en contribuant à réduire les délais d'attente pour les usagers. Présentement, 15 patients de plus par jour sont desservis grâce à cet appareil.

Endoscopie

Parmi les divers projets réalisés au cours de l'année 2011-2012 afin d'accroître l'accessibilité aux services d'endoscopies, le CSSS de Saint-Jérôme a acquis un nouveau système d'échographie endobronchique. En fonction depuis avril 2011, ce système permet d'offrir cet examen localement à la population. Auparavant, les usagers nécessitant cet examen devaient être dirigés dans un centre hospitalier universitaire.

De plus, une nouvelle salle d'endoscopie a été ajoutée aux trois autres salles déjà existantes et est en fonction depuis janvier 2012. Le CSSS a également mis en place un guichet unique en endoscopie. Ces réalisations permettent, entre autres, de faciliter l'accès aux usagers laurentiens à des examens en endoscopie digestive, tout en diminuant les délais d'attente. Il est d'ailleurs à noter que les délais pour une coloscopie se situent entre trois et 12 mois alors que les délais pour cet examen se situaient auparavant entre 12 et 24 mois.

Au cours de la prochaine année, l'aménagement de salles additionnelles en endoscopie est prévu pour les CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes et CSSS des Sommets. Ces ajouts de salles contribueront aussi à desservir un plus grand nombre d'usagers de la région nécessitant ces services, et ce, plus rapidement.

Traumatologie

Le comité régional de traumatologie a la responsabilité d'assurer la concertation et la coordination du dossier de traumatologie. Construit autour des 14 maillons du continuum de services en traumatologie, il vise à assurer l'arrimage et à faciliter la continuité de la prise en charge de la clientèle au sein de la région des Laurentides par la collaboration de différents partenaires.

Dans cette optique, le comité régional de traumatologie poursuit les actions incluses dans le Plan directeur régional en traumatologie 2009-2012. De plus, l'ensemble des centres désignés a repris les travaux de leurs comités locaux de traumatologie. Depuis janvier, un groupe de travail est à développer un document sur l'organisation de services pour les personnes ayant subi un traumatisme crânio-cérébral léger dans les Laurentides.

Services préhospitaliers d'urgence



En 2011-2012, 40 281 transports ont été effectués pour la région des Laurentides, soit une augmentation de 4 % depuis l'année dernière. Le territoire détient 47 ambulances, incluant deux véhicules ajoutés cette année, 350 techniciens ambulanciers paramédics (TAP) et huit services de premiers répondants.

De plus, le Ministère a donné son autorisation pour des ajouts de ressources dans la région permettant ainsi d'améliorer l'accessibilité aux services ambulanciers. Les zones qui ont été touchées par ces ajouts sont : l'Annonciation, Labelle, Mont-Laurier et Tremblant.

Durant la dernière année, la région des Laurentides a perfectionné les soins offerts à la population au niveau des services préhospitaliers par l'ajout d'une nouvelle procédure pour l'angioplastie primaire. Mise en place le 2 août 2011, les patients atteints d'infarctus aigu provenant des territoires du sud sont maintenant dirigés immédiatement vers un hôpital tertiaire pour recevoir l'angioplastie primaire et voient ainsi leur chance de survie augmenter considérablement.

Au cours de l'année 2012, l'Agence a débuté l'implantation du Réseau national intégré de radiocommunication dans la région des Laurentides (RÉNIR) améliorant les radiocommunications des différents intervenants préhospitaliers en leur offrant un système robuste et sécurisé. Le RÉNIR permet ainsi une interopérabilité avec les différents partenaires liés à la mission sécurité civile des services préhospitaliers d'urgence (SPU) pour maintenir des communications efficaces en cas de sinistre.

En juillet 2011, un projet-pilote de surveillance des signes vitaux suivant l'administration de médicaments a été mis sur pied, en collaboration avec les TAP, pour les patients transférés du Centre hospitalier de Mont-Laurier et du Centre de services de Rivière-Rouge. Dans le cadre d'un transfert interétablissement, cette procédure évite qu'une escorte infirmière soit envoyée avec les patients ayant reçu un narcotique. Également, depuis juin 2011, le Service d'incendie de la Municipalité de Saint-André-d'Argenteuil a débuté l'utilisation d'un défibrillateur externe automatisé (DEA) sur les cas d'arrêts cardio-respiratoires de sa région.

Finalement, l'Agence des Laurentides, qui assure la formation des TAP ainsi que la révision des actes posés par ceux-ci, a mis sur pied trois formations au cours de la dernière année par l'entremise de l'équipe des services préhospitaliers d'urgence - volet clinique, soit :

- Dyspnée sévère : 287 techniciens ambulanciers paramédics formés;
- RÉA 1 : 225 techniciens ambulanciers paramédics formés;
- Angioplastie primaire : 141 techniciens ambulanciers paramédics formés.

Services périnataux

Procréation médicalement assistée

Suite à l'adoption de la politique de périnatalité 2008-2018, le ministère de la Santé et des Services sociaux a indiqué dans son plan de mise en œuvre 2009-2012 le souhait d'adapter son organisation de services dans le but d'offrir la gratuité des services en procréation médicalement assistée (PMA). L'Agence travaille actuellement avec deux CSSS intéressés à offrir le service de PMA à la population des Laurentides. L'orientation régionale est à venir. Ce service s'adressera à une clientèle ayant des difficultés à concevoir un enfant, telles que l'infertilité ou dans le cas d'une maladie génétique transmissible aux enfants.

Programme de dépistage de la trisomie 21

Depuis le 5 décembre 2011, la région des Laurentides offre le Programme québécois de dépistage prénatal de la trisomie 21 à la population. Ce programme vise à rendre accessible aux femmes enceintes et aux couples, et ce, sur une base volontaire, un dépistage prénatal de la trisomie 21. Informée lors de la première visite médicale, la femme enceinte peut avoir recours à ce service grâce à une collaboration entre les établissements et le centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine.

Soins néonataux

Suite à la désignation du CSSS de Saint-Jérôme à titre de *centre à mission régionale mère-enfant offrant des services de soins néonataux de niveau IIa* par le MSSS, l'Agence des Laurentides ainsi que les CSSS concernés sont actuellement à procéder à la signature de l'entente de corridor de services en néonatologie, en collaboration avec le CHU Sainte-Justine. L'objet de cette entente est de s'assurer des liens de réciprocité entre les parties et que les corridors de services soient en place entre l'unité de néonatologie du CHU Sainte-Justine, l'unité néonatale du CSSS de Saint-Jérôme ainsi que les autres unités de soins intermédiaires néonataux des établissements visés par l'entente de service dans un continuum de soins. La désignation du CSSS de Saint-Jérôme signifie que les bébés prématurés de 32 semaines et plus pourront désormais demeurer ou être rapatriés au CSSS de Saint-Jérôme plutôt qu'au CHU Sainte-Justine, permettant ainsi de soigner les nouveau-nés prématurés plus près de leur domicile et donc, de leur parent.

Lutte au cancer

Réseau cancer Laurentides

Depuis 2008-2009, l'Agence des Laurentides a identifié la lutte contre le cancer comme priorité régionale. C'est dans ce cadre que le Réseau cancer Laurentides a été mis sur pied. Regroupant des représentants de l'Agence des Laurentides et des sept CSSS de la région, ce réseau a pour mission de coordonner les services offerts aux personnes souffrant du cancer, et ce, dans trois volets distincts : Prévenir, Guérir et Soutenir.

En bref, le Réseau cancer Laurentides vise à ce que chaque personne :

- bénéficie d'une gamme de services préventifs, diversifiés et adaptés aux caractéristiques de la population et de l'environnement;
- puisse avoir accès à une gamme, la plus complète possible, de services en oncologie pour ainsi être traitée près de son lieu de résidence;
- reçoive des soins palliatifs de fin de vie appropriés.

Dans la dernière année, l'Agence a entièrement revu son Programme régional de lutte contre le cancer 2012-2015 en collaboration avec les membres du comité Réseau cancer Laurentides. Le document, publié au printemps 2012, couvre l'ensemble du continuum de lutte contre le cancer (prévenir, guérir et soutenir).

Afin de suivre l'évolution du Réseau cancer Laurentides, l'Agence se réunit régulièrement avec certains membres de l'équipe régionale du CSSS de Saint-Jérôme (coordonnatrice clinico-administrative et leader médical en oncologie). Parmi les sujets de discussion, mentionnons l'organisation d'un colloque régional pour les omnipraticiens, le comité des thérapies du cancer offert à tous les centres hospitaliers par l'entremise de la visioconférence, le début des traitements en radiothérapie à Laval, le recrutement en oncologie, le développement de la chimiothérapie dans un CSSS sans centre hospitalier.

Formation sur l'interdisciplinarité

Mesdames Danièle Paquette-Desjardins et Solange Richard ont, pendant deux ans, offert des sessions de formation et de coaching aux équipes d'oncologie et de soins palliatifs œuvrant dans les CSSS des Laurentides. L'objectif de ces interventions visait à mieux outiller les gestionnaires et les intervenants cliniques sur le travail en interdisciplinarité. Des formations individuelles et en groupe ont été données et des outils ont été développés pour permettre une meilleure préparation, un déroulement harmonieux et un suivi adéquat des rencontres interdisciplinaires pour les équipes de lutte contre le cancer. Au total, près de 160 personnes ont été formées en individuel. Vingt-deux groupes et 18 personnes ont reçu du coaching.

Registre québécois du cancer

Le laboratoire de pathologie de la région, en collaboration avec le CSSS de Saint-Jérôme et celui du Lac-des-Deux-Montagnes, a poursuivi l'alimentation du registre québécois du cancer et de ce fait, l'ensemble des nouveaux cas de cancer en 2011 a été transmis. La phase II du déploiement vise tous les centres hospitaliers qui offrent des traitements de cancer. D'ici l'automne 2012, ces établissements devront implanter un registre local de cancer. Au préalable, le choix d'un fournisseur pour le registre sera fait en collaboration avec les CSSS concernés.

Soins palliatifs

La Maison de soins palliatifs à Saint-Eustache s'est vue octroyer un budget en mars 2012 afin de rehausser de trois lits son offre de service en soins palliatifs. Au total, la Maison offre maintenant sept lits de fin de vie.

Au CSSS d'Argenteuil, il y a également eu l'ouverture de quatre lits de soins palliatifs dans une unité spécialement aménagée pour cette clientèle.

Par ailleurs, des promoteurs travaillent à un projet commun d'ouverture d'une maison de soins palliatifs pour les territoires des Pays-d'en-Haut et Des Sommets.

Maladies chroniques

Afin d'élaborer un Plan d'action régional sur la gestion et le suivi des maladies chroniques dans les Laurentides, l'Agence a acheminé à l'ensemble des CSSS, en octobre 2011, un questionnaire visant notamment à dresser le portrait de leur organisation de services actuels. De plus, le questionnaire répertorie les outils d'intervention utilisés et ceux souhaités ainsi que les partenariats présents et ceux à développer. L'analyse des questionnaires et l'évaluation des outils utilisés permettront ainsi de mieux cibler les actions à prendre afin d'avoir une gestion et un suivi plus intégré sur le territoire.

Projet-pilote pour les personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive en fin de vie

Après plus de deux ans de déploiement, le projet-pilote visant à prendre en charge les personnes en fin de vie atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) s'est terminé en avril 2011. Suite au dépôt du rapport final au Ministère, l'Agence des Laurentides a contacté le CREXE (centre de recherche et d'expertise en évaluation) afin qu'il procède à une évaluation de l'implantation de ce projet-pilote dans la région et qu'il rédige un article qui sera publié en 2012 dans une revue scientifique.

Systèmes automatisés et robotisés de distribution des médicaments



Suite à l'approbation du plan de réalisation de la Phase II du projet Systèmes automatisés et robotisés de distribution des médicaments (SARDM) par le ministère de la Santé et des Services sociaux, ce dernier a octroyé à la région des Laurentides une subvention de 371 999 $. En 2011-2012, l'Agence des Laurentides a distribué 1,35 million de dollars aux établissements. La phase II, qui a été amorcée à l'hiver 2010 et qui s'est poursuivie en 2011, consiste, entre autres, à l'achat et à la mise en place des cabinets de médicaments sur les unités de soins. Une analyse du circuit du médicament, terminée en octobre 2011, démontre une nette amélioration de la conformité aux normes suite à la révision des processus et la modernisation du secteur de la pharmacie hospitalière. Le taux de conformité est passé d'environ 50 % en 2007 à 80 % en 2011. Ce résultat est directement attribuable au programme SARDM et au travail acharné des équipes de pharmacies. La planification de la phase III sera amorcée en 2012.

Hémodialyse

Le document de vision stratégique, adopté par le conseil d'administration de l'Agence le 15 février 2012, identifie et décrit les orientations régionales en insuffisance rénale pour les prochaines années. En 2011, en lien avec ces orientations, le MSSS a octroyé un montant de 390 000 $ afin de financer l'acquisition de dix hémodialyseurs et les composantes requises ainsi qu'un montant de 194 000 $ récurrent afin de couvrir les frais de fonctionnement du projet de dialyse à domicile pour le CSSS de Saint-Jérôme. Ceci constitue une étape importante dans le développement de la dialyse pour la région des Laurentides. De plus, un projet de développement d'un centre satellite au CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes a été déposé à l'Agence de santé et des services sociaux des Laurentides pour fins d'analyse.

Biologie médicale

En 2011, une importante amorce ministérielle dans le domaine des laboratoires a eu lieu en ce qui concerne l'optimisation. En ce sens, un regroupement des partenaires (ASSS, CMQ, INESSS, FMSQ, FOMQ, AQESSS, Association des CMDP et Conférence des doyens de médecine du Québec) coordonné par le Dr Michel A. Bureau a reçu le mandat du ministre de la Santé, le Dr Yves Bolduc, d'optimiser les laboratoires de biologie médicale du Québec - une opération nommée OPTILAB. L'Agence des Laurentides sera interpellée à participer activement aux travaux en 2012.

À partir du 1er avril 2011, suite à une directive du MSSS, il y a eu arrêt de la facturation des analyses de laboratoire de types suprarégionaux. Ceci a nécessité des travaux importants afin d'effectuer les transferts budgétaires entre la région de Montréal et la région des Laurentides. Les travaux concernant le rapatriement des analyses locales et régionales se poursuivent en 2012.

Médecine transfusionnelle

Le Système d'information intégré sur les activités transfusionnelles et d'hémovigilance (SIIATH) permet le suivi de l'ensemble des activités transfusionnelles au sein du réseau sociosanitaire québécois, des donneurs de produits sanguins jusqu'aux receveurs. Le SIIATH est un actif informationnel d'intérêt commun. En d'autres termes, il s'agit d'un système d'information dont le réseau, par le biais des agences de santé et de services sociaux, est propriétaire ou dont le droit d'utilisation lui est exclusif. En 2011, le serveur des bases de données nommé *banque de sang* a été récupéré par la Sogique et une étude de régionalisation de la partie applicative *Traceline* a été déposée à l'Agence des Laurentides afin de régler la problématique entourant la désuétude des serveurs. L'optimisation régionale du SIIATH devra être effectuée en 2012.

Services de santé mentale



Au cours de l'année 2011-2012, les services de santé mentale sont marqués par le dépôt des 27 recommandations suite à l'enquête conjointe sur la qualité des services en santé mentale au CSSS de Saint-Jérôme menée par le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Suivant l'analyse du rapport, le ministre de la Santé et des Services sociaux, Dr Yves Bolduc, a constitué un comité tactique d'experts dont le mandat est de soutenir le CSSS dans l'élaboration des mesures pour répondre aux recommandations du rapport et pour mettre en œuvre des processus cliniques. Le CSSS doit rendre compte de l'avancement des travaux au comité de vigie dont sa composition est très large (usagers, parents, ordres professionnels, etc.).

Parallèlement, le comité de coordination réseau en santé mentale, piloté par l'Agence, s'est rencontré à cinq reprises. Pour pallier aux problèmes soulevés, de nombreux travaux s'effectuent en vue d'assurer l'accessibilité des services en santé mentale à la population.

Parmi ceux-ci, mentionnons que :

- L'organisation des services se poursuit avec, entre autres, l'application des orientations ministérielles relatives aux soins et services en santé mentale de première ligne et le déploiement de guichets d'accès pour les territoires ayant plus de 50 000 habitants;
- Le déploiement de la fonction de coordonnateur clinique régional pour le suivi d'intensité variable s'est actualisé. Son mandat est de soutenir les établissements et favoriser l'harmonisation des meilleures pratiques élaborées par le Centre national d'excellence en santé mentale;
- La mise en place et le déploiement des équipes de suivi intensif dans le milieu pour les territoires sud de la région ont eu cours (recrutement, formation et actualisation des équipes);

- Le continuum de services en hébergement en santé mentale étant une priorité dans la région des Laurentides, un comité de suivi de cas a été créé afin d'assurer une fluidité dans les demandes de transfert des patients. Le transfert des ressources d'hébergement en santé mentale du CSSS d'Antoine-Labelle vers les CSSS des Sommets et des Pays-d'en-Haut s'est poursuivi afin que chaque établissement soit responsable de son offre de service résidentiel;
- Les CSSS de Saint-Jérôme et d'Antoine-Labelle ont reçu la formation sur l'approche du rétablissement. Cette approche s'inscrit dans une perspective de rétablissement en favorisant la réappropriation du pouvoir des personnes et le soutien aux changements. L'ensemble des CSSS de la région ainsi que des organismes communautaires seront également formés au cours de la prochaine année;
- Le projet « Passage » qui consiste à offrir des services de santé mentale aux détenus du Centre de détention de Saint-Jérôme est possible grâce au partenariat entre le CSSS des Pays-d'en-Haut, la Sécurité publique et l'Agence. Il a été reconduit compte tenu des effets positifs de l'intervention sur les conditions qui limitent la désorganisation des détenus à leur sortie de prison.

Services aux personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

L'année 2011-2012 fut une année marquée par un rehaussement des services pour la clientèle des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (PALV), grâce à des investissements majeurs permettant d'accroître l'offre de service en soutien à domicile et en ressources alternatives à l'hébergement. En parallèle, la région a poursuivi une série d'actions nécessaires à l'atteinte d'objectifs liés aux orientations nationales et régionales, entre autres le Réseau de services intégrés aux personnes âgées (RSIPA), l'optimisation des services de soutien à domicile longue durée, le développement de ressources d'hébergement, ainsi que l'organisation des services pour les personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement.

Réseau de services intégrés aux personnes âgées

Un RSIPA comprend l'ensemble des partenaires publics, privés et communautaires qui dispensent un continuum de services destinés à cette clientèle. Ces partenaires ont des rôles complémentaires et travaillent de concert à l'atteinte d'objectifs communs.

Pour ce qui est du RSIPA des Laurentides, les composantes sont actuellement implantées à 64,78 %, une hausse de 14,95 % par rapport à la cible convenue et une hausse de 17,90 % comparativement à l'an passé. Les composantes ayant fait l'objet de travaux plus spécifiques sont : l'amélioration des mécanismes de coordination et de concertation dans chacun des réseaux locaux de services du territoire, le développement ou la consolidation de la gestion de cas pour les clientèles vulnérables et la consolidation du guichet d'accès. Les composantes qui seront abordées en 2012-2013 sont l'approche à l'interdisciplinarité et la planification des services.

Dans le cadre de visites d'audit de l'outil de suivi du degré d'implantation des composantes du réseau de services intégrés, des représentants du MSSS ont visité trois CSSS de la région et les résultats sont positifs.

Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier

En conformité avec la planification stratégique régionale et en lien avec les priorités du Ministère, l'Agence des Laurentides a mis en œuvre un plan de gouverne et des plans d'action locaux afin d'offrir des services adaptés aux aînés en centre hospitalier. Plusieurs préalables à cette implantation sont déjà en place dans nos centres hospitaliers. De plus, l'année 2011-2012 fut fertile en actions : programme de marches pour les aînés à l'urgence, dépistage précoce de la perte d'autonomie, achat de fauteuils adaptés, formation en ligne pour les intervenants. Toutes ces actions ont été coordonnées par les chargés de projets locaux et régionaux avec grand dynamisme. La prochaine année sera encore plus productive en termes de formation aux intervenants sur les facteurs de risque de syndrome d'immobilisation, d'acquisition de nouveaux équipements ou mobiliers adaptés aux personnes aînées et de changements en partenariat avec la personne âgée et sa famille. L'Agence des Laurentides est confiante qu'avec toutes les énergies et efforts concertés de l'ensemble des ressources locales et régionales, l'approche adaptée aux personnes âgées en centre hospitalier deviendra sous peu une façon de faire et une façon d'être au quotidien pour le bénéfice de nos aînés de la région.

Soutien à domicile

Outre les projets d'optimisation, la région s'est vue octroyer un rehaussement des montants consentis pour les services de soutien à domicile. Déjà plus de 4 millions de dollars ont été investis cette année, alors que ce montant atteindra plus de 9,5 millions l'an prochain. En termes de services directs, ce montant permettra d'offrir plus de 95 000 heures supplémentaires en services rendus à domicile afin de mieux répondre aux besoins de la population des Laurentides.



De plus, l'Agence a poursuivi ses travaux d'optimisation des services de longue durée en soutien à domicile. L'approche choisie est régionale et tous les CSSS de la région y adhèrent. Un forum régional de lancement de la démarche a eu lieu en novembre 2011 avec l'ensemble des intervenants, des directions générales et des partenaires. Un cadre régional d'optimisation des services de soutien à domicile a été élaboré et fut ensuite adopté et déposé au MSSS. Les plans d'action locaux ainsi que les plans de mise en œuvre se poursuivront au cours de l'année 2012-2013.

Hébergement et ressources alternatives

- **Vision régionale pour le développement de l'offre de service en ressources résidentielles et d'hébergement**

  Une vision régionale concernant le développement de l'offre de service en ressources résidentielles et d'hébergement pour les personnes âgées a émergé, et ce, afin de s'adapter aux nouveaux besoins de ces personnes et à l'augmentation de la demande à laquelle le réseau devra faire face au cours des prochaines années. Cette vision sera adoptée par l'Agence au cours de l'année 2012-2013.

  Parallèlement au développement de cette vision, une analyse des besoins des personnes âgées en perte d'autonomie de la région, sur le continuum de services, a été réalisée. À partir de ces résultats, une proposition de planification et d'organisation des services pour cette clientèle a été élaborée. Ces travaux ont d'ailleurs été présentés au congrès international SMAF (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) en novembre dernier à Québec, suite à l'invitation du ministère de la Santé et des Services sociaux.

- **Cadre de gestion des mécanismes d'accès à l'hébergement**

  Le cadre de gestion des mécanismes d'accès à l'hébergement a été révisé et des balises sur l'offre de service en hébergement, incluant les ressources intermédiaires (RI), ont été actualisées permettant un meilleur pairage entre les besoins des personnes et la ressource.

- **Cadre d'application régional logiciel IMAGES et SICRA**

  L'Agence des Laurentides a revu le processus supportant l'utilisation de différents outils informatiques liés à la gestion des listes d'attente afin d'avoir un portrait plus précis des besoins des personnes en attente d'hébergement et d'assurer un meilleur suivi. Un cadre d'application régional a été élaboré, adopté et mis en fonction dans tous les CSSS de la région.

- **Ressources alternatives à l'hébergement**

  Grâce au budget de développement, plus de 244 nouvelles places en ressources intermédiaires ont été développées pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. De plus, 41 nouvelles places en unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) ont été créées pour les personnes âgées, permettant ainsi à chaque CSSS d'avoir son UTRF sur son territoire plutôt que deux unités sous-régionales. Ces unités ont pour but, entre autres, de permettre aux personnes âgées de récupérer leur autonomie suite à une hospitalisation.

Les établissements compléteront l'ouverture des nouvelles places au cours de la prochaine année, soit un ajout de 90 places alternatives à l'hébergement et de quatre places UTRF. Par ailleurs, la région doit composer avec un manque important de places en CHSLD, soit plus de 300 places par rapport aux besoins de la population au 31 mars 2012.

Ressources intermédiaires

CSSS	Nombre de places RI au 31 mars 2011	Nombres de nouvelles places créées en 2011-2012	Nombre de places RI au 31 mars 2012
Argenteuil	29	10	39
Antoine-Labelle	56	2	58
Pays-d'en-Haut	0	59	59
Des Sommets	8	17	25
Saint-Jérôme	76	81	157
Lac-des-Deux-Montagnes	75	31	106
Thérèse-De Blainville	66	44	110
Total	**310**	**244**	**554**

Sommaire régional des places UTRF et CHSLD - Clientèle PALV

Types de ressources	Nombre de places RI au 31 mars 2011	Nombres de nouvelles places créées en 2011-2012	Nombre de places RI au 31 mars 2012
UTRF	35	41	76
CHSLD	1878	0	1878

- **Certification des résidences privées pour aînés**

  En date du 31 mars 2012, 135 résidences privées étaient certifiées sur un total de 145 inscrites, ce qui représente 92,6 % des résidences de la région. Les dix résidences non certifiées sont soit des nouvelles résidences et/ou des nouveaux exploitants qui sont en processus de certification.

Territoires	Registre			Certification
	Nombre de résidences	Nombre d'unités locatives		Nombre de résidences certifiées
MRC d'Antoine-Labelle	19	460		17
MRC d'Argenteuil	9	317		9
MRC du Lac-des-Deux-Montagnes/Mirabel Sud	22	672		18
MRC des Laurentides	9	322		8
MRC Les Pays-d 'en-Haut	10	555		10
MRC Rivière-du-Nord/Mirabel Nord	37	1 304		36
MRC Thérèse-de-Blainville	29	1 968		27
Totaux	**135**	**5 598**		**125**

Personnes atteintes de troubles cognitifs

L'Agence, en collaboration avec les sept CSSS de la région, s'est dotée d'une vision régionale pour l'organisation des services pour les personnes présentant des troubles cognitifs liés au vieillissement. Cette vision a pour but d'orienter le développement des services de proximité et d'assurer une meilleure prise en charge. De plus, l'Agence collabore avec un groupe de chercheurs pour l'évaluation des meilleures pratiques dans le domaine de la prise en charge de cette clientèle au niveau de la première ligne.

L'organisation d'un forum régional, tenu le 29 mars 2012, sur les symptômes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD), a permis à l'ensemble des établissements œuvrant auprès des personnes âgées d'amorcer une démarche régionale pour l'amélioration de la prise en charge des SCPD.

Unité régionale de comportements perturbateurs

Conjointement avec l'Agence, le CSSS d'Antoine-Labelle a poursuivi en 2011 une réflexion sur l'amélioration des services offerts à l'unité régionale d'hébergement dédiée à la clientèle âgée atteinte de troubles de comportement perturbateur. Cet exercice vise à revoir la programmation clinique interne et à déployer une expertise externe afin de soutenir les milieux d'hébergement de la région. Un document de travail a été déposé, définissant le concept de comportement perturbateur chez la clientèle visée par cette unité spécifique, les pratiques cliniques privilégiées et les orientations gagnantes. Un comité d'admission a également été mis en place.

Maltraitance envers les aînés

La coordination régionale dédiée à contrer la maltraitance envers les aînés a été implantée en avril 2011, suite à une entente particulière conclue entre le MSSS et le ministère de la Famille et des Aînés. Une tournée auprès des acteurs concernés dans les territoires des Laurentides a permis de réaliser un portrait des données, un inventaire des services et ressources ainsi qu'un diagnostic des forces, des faiblesses, des défis et des opportunités. Cette démarche a conduit à une journée d'élaboration du plan d'action régional durant laquelle des partenaires engagés envers cette cause provenant de tous les territoires ont établi des priorités d'action pour les trois prochaines années. Différentes activités de sensibilisation ont été réalisées dans notre région, notamment la promotion de la ligne Aide Abus Aînés (AAA) et la réalisation d'une pièce de théâtre intitulée « Faudrait pas prendre grand-mère pour une dinde et grand-père pour son dindon », initiée par les partenaires du territoire d'Argenteuil dont le CSSS de la région.

Soutien aux proches aidants

L'Agence a poursuivi sa collaboration à la mise en place de l'organisme L'Appui qui a pour but de financer des projets dans l'ensemble de la région permettant leur implantation ou favorisant l'accroissement des services auprès des proches aidants. À titre de région pilote, la région des Laurentides est une pionnière dans le développement de ce nouveau partenariat pour la population. Cet organisme est financé par un fonds bipartite provenant du MSSS et de la famille Chagnon.

Services généraux psychosociaux

Dans le but d'assurer une offre de service harmonisée dans l'ensemble de la région, les travaux entrepris en 2010 afin de réviser l'offre de service régionale en matière de services généraux psychosociaux se sont poursuivis. Dans un premier temps, un portrait de la situation actuelle dans la région a été réalisé. De plus, un groupe de travail a été désigné pour proposer un modèle régional pour l'organisation du service de consultation téléphonique psychosociale disponible 24 heures par jour, sept jours par semaine (24/7).

L'offre de services généraux inclut également les services suivants :

- l'intervention dans le milieu en situation de crise 24/7;
- le service d'accueil, d'analyse, d'orientation et de référence;
- le service clinique d'évaluation et de consultation sociale;
- le service clinique d'évaluation et de consultation psychologique;
- l'intervention psychosociale en contexte de mesures d'urgence.

Services aux personnes vulnérables

Jeunes en difficulté

Le Centre jeunesse des Laurentides et les CSSS ont complété leurs ententes de collaboration locale favorisant un meilleur arrimage entre les services et ont débuté des activités d'appropriation conjointes. De plus, les CSSS ont élaboré et adopté leur politique de retrait du milieu familial conformément aux normes du MSSS. Également, l'implantation du programme d'intervention en négligence a débuté dans tous les territoires des réseaux locaux de services de la région et chaque CSSS a déposé son bilan d'activités pour 2011-2012 ainsi qu'un plan d'action pour 2012-2013.

Dépendances

Suite à une recension de l'offre de service en dépendances disponible dans la région des Laurentides, des travaux ont été réalisés et ont permis de définir les orientations régionales 2011-2015 en dépendances pour la région.

Parmi les projets déployés en 2011-2012, le programme Adrénaline a débuté ses activités. Offert conjointement par le Centre de réadaptation en dépendance (CRD) André-Boudreau et le Centre jeunesse des Laurentides, Adrénaline est un programme d'intervention spécifique en toxicomanie pour les jeunes qui ont un problème de consommation et qui sont suivis en réadaptation interne au Centre jeunesse des Laurentides. En 2011-2012, une première activité a été mise en place et à laquelle 20 jeunes ont participé. Ce projet s'inscrit dans la foulée des mesures ayant vu le jour grâce à la stratégie d'action jeunesse 2009-2014.

Également, dans le cadre de l'accord fédéral-provincial concernant le programme de soutien au financement du traitement de la toxicomanie (PSFTT), trois projets ont été retenus :

- Projet de réinsertion sociale pour les personnes toxicomanes et itinérantes (Maison des jeunes Rivière-du-Nord en collaboration avec le Centre Sida Amitié);
- Intensification du suivi post-traitement en toxicomanie auprès des personnes à risque de désaffiliation sociale (Centre André-Boudreau - CRD);
- Mise en place d'équipes de proximité et amélioration de l'offre de service des équipes existantes (Maison des jeunes Rivière-du-Nord en collaboration avec le Centre Sida Amitié et le CSSS de St-Jérôme et un autre projet pour le territoire du CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes).

Ces projets bénéficieront d'un soutien financier non récurrent sur un horizon de deux ans.

Certification des organismes d'hébergement en toxicomanie

L'Agence, en collaboration avec le Conseil québécois d'agrément, s'assure de la conformité des ressources à la législation. En date du 31 mars 2012, quatre ressources sont certifiées, quatre sont en cours de certification, une a reçu un avis de non-certification et une a temporairement mis fin à ses activités, sur un total de dix ressources.

Troubles graves du comportement

En matière d'organisation des services pour les personnes présentant des problématiques complexes doublées de troubles graves du comportement, l'Agence a poursuivi des travaux en vue d'élaborer des orientations régionales à cet égard. Les objectifs sont de définir les responsabilités des établissements et les meilleures pratiques cliniques pour ces situations qui demeurent complexes.

Plusieurs situations cliniques ont fait l'objet d'un suivi par l'Agence et un support financier non récurrent a été rendu disponible pour supporter l'intervention auprès de personnes présentant un trouble grave du comportement. L'hébergement de ces personnes et un plan d'intervention spécialisée adapté à leur réalité constituent des défis importants.

Violence conjugale et agression sexuelle

Les six tables locales en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle ont reçu un financement de l'Agence des Laurentides pour favoriser la mise place de leurs activités de concertation. De plus, une dizaine de projets en lien avec ces problématiques ont aussi été financés par l'Agence.

Une formation sur l'intervention médicosociale auprès des victimes d'agression sexuelle a été offerte au personnel des Centres désignés en agression sexuelle de Saint-Jérôme, Mont-Laurier et Rivière-Rouge.

Un répondant nommé par établissement facilite la mise en œuvre des activités prévues aux plans d'action gouvernementaux en matière de violence conjugale et d'agression sexuelle.

Itinérance

Une nouvelle entente fédérale-provinciale assure la poursuite des services en itinérance offerts par certains organismes de la région jusqu'en mars 2014. Le programme sur la Stratégie de partenariats de lutte contre l'itinérance (SPLI) continue d'assurer le soutien aux services développés pour cette clientèle dans la région, notamment l'hébergement d'urgence et le travail de rue.

Le 8 septembre 2011, plus de 70 personnes ont participé à une rencontre régionale qui avait pour but la mise à jour du plan communautaire en itinérance pour la région des Laurentides et d'établir le bilan des activités en itinérance. Cette journée a répondu aux attentes et les partenaires souhaitent que d'autres rencontres régionales annuelles soient organisées.

Pour 2012-2014, dix projets ont été acceptés et recevront un financement pour poursuivre leurs activités auprès de la clientèle itinérante. Les priorités demeurent sensiblement les mêmes, soit l'hébergement d'urgence, le travail de rue, des centres d'activités et d'entraide, du support et de la référence.

Services aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement

Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience

Les établissements offrant des services aux personnes ayant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement poursuivent la mise en place des différentes composantes du plan d'accès pour les personnes ayant une déficience, et ce, afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des services. De ce fait, les efforts ont été multipliés afin que les personnes reçoivent les services dont ils ont besoin selon les délais prescrits par le plan d'accès. Le respect de ces standards pour un premier service demeure un défi pour la région, puisque l'augmentation constante de la population et des jeunes familles dans la région des Laurentides fait en sorte que la demande continue de dépasser l'offre de service. De plus, ces personnes requièrent souvent plus d'un service, et ce, sur une longue période.

En juin 2011, le Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC) 2011-2013 a été adopté par le conseil d'administration de l'Agence. Le PRAAC inclut un bilan des réalisations régionales en matière d'accès aux services ainsi que les objectifs visés par les partenaires.

Intervenant pivot

L'Agence, en collaboration avec les établissements de la région, s'est dotée d'un cadre de référence sur l'intervenant pivot, dont le rôle est d'être l'interlocuteur principal qui accompagne et soutien la personne et ses proches afin d'assurer l'intégration des interventions et des services prévus au plan d'intervention. Ce cadre a pour objectif d'harmoniser l'application de cette fonction et ainsi faciliter le travail des intervenants interprogrammes et interétablissements.

Processus d'évaluation diagnostique pour la clientèle pédiatrique

Une réponse précoce aux besoins des enfants est essentielle et déterminante pour leur développement. Conséquemment, l'Agence a procédé, en collaboration avec les établissements de la région, à une réorganisation des services d'évaluation diagnostique pour la clientèle pédiatrique proposant une nouvelle trajectoire d'évaluation diagnostique pour les enfants âgés entre zéro et six ans.

L'expérimentation de cette nouvelle trajectoire a débuté en septembre 2011 et se poursuivra jusqu'en septembre 2012 et un bilan sera effectué par la suite. Parallèlement, des travaux pour la clientèle âgée entre 7 et 17 ans ont été amorcés.

Hiérarchisation des services en déficience physique

Dans la perspective de consolider un réseau régional intégré, un cadre de référence sur la hiérarchisation des services en déficience physique est en élaboration. Cette démarche vise à clarifier l'offre de service et la trajectoire de service en déficience physique et sera complétée en 2012-2013.

Réadaptation fonctionnelle intensive

La réorganisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive, sous la responsabilité du Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) Le Bouclier, se poursuit. Les services de réadaptation fonctionnelle intensive en externe sont en grande partie en place dans le sud de la région. Le déploiement du volet interne sur deux sites, soit à Lachute et Sainte-Agathe, totalisant 25 lits, s'actualisera en 2012-2013.

Vision régionale pour le développement de places alternatives à l'hébergement

Une vision régionale concernant le développement de l'offre de service en ressources résidentielles et d'hébergement pour les personnes ayant une déficience physique est en élaboration. Elle vise le développement d'une offre de service plus adaptée aux besoins de cette clientèle. Un cadre de gestion des mécanismes d'accès à l'hébergement pour la clientèle en déficience physique est présentement en élaboration. Ces travaux seront complétés au cours de l'année 2012-2013.

Services en langue anglaise

Les travaux de révision du programme d'accès 2007-2010 sont complétés par les établissements en vue du dépôt d'un programme révisé pour 2011-2014. L'exercice a été grandement facilité par la désignation d'une personne responsable au sein de chaque établissement et l'implication de tous les partenaires.

Services de santé publique

La Direction de santé publique (DSP) de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides a pour mandat de préserver et d'améliorer la santé de la population de la région. Afin d'y parvenir, elle exerce son rôle via quatre fonctions : la surveillance continue de l'état de santé de la population et de ses déterminants, la promotion de la santé, la prévention des maladies et des problèmes psychosociaux ainsi que la protection de la population en cas de menace réelle ou appréhendée à la santé.

Toutes les activités sont regroupées en grands domaines d'intervention, comme le prévoit le Programme national de santé publique (PNSP), soit :

- Développement, adaptation et intégration sociale;
- Habitudes de vie et maladies chroniques;
- Maladies infectieuses;
- Santé au travail;
- Santé environnementale;
- Recherche et évaluation;
- Surveillance;
- Traumatismes non intentionnels.

Pour la période 2010-2015, la DSP s'est dotée du Plan d'action régional en santé publique (PAR). Celui-ci définit les priorités de santé publique au niveau régional, en lien avec les besoins de la population. Tel que prévu par la Loi sur la santé publique et afin d'adapter les orientations du PAR au niveau local, les CSSS de la région ont élaboré des Plans d'action locaux (PAL) en santé publique pour la période 2012-2015. La DSP a offert un soutien continu aux CSSS dans l'élaboration de leur PAL.

Développement, adaptation et intégration sociale

Ce domaine d'intervention vise l'amélioration de la santé et du bien-être en agissant sur des problèmes psychosociaux qui affectent certains sous-groupes de la population.

Allaitement maternel

L'allaitement maternel constitue la norme de l'alimentation de l'enfant. Il assure son développement optimal et contribue positivement à la santé maternelle.



Dans le but de promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel, le programme *Amis des bébés* est implanté dans plusieurs établissements de la région. Ce programme, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), vise à mettre en place des pratiques entourant la naissance qui favorisent, entre autres, le respect du rythme du nouveau-né, la proximité mère-enfant, l'alimentation à la demande et le développement du lien d'attachement.

Dans ce sens, la DSP collabore avec les CSSS de la région à l'élaboration du plan de travail pour la réalisation des dix conditions du programme. Elle offre aussi la formation aux professionnels de la santé, de même qu'aux mères bénévoles des organismes de soutien à l'allaitement, développe et met à jour les outils requis.

Dans les Laurentides, trois CSSS (des Sommets, Thérèse-De Blainville et Argenteuil) ainsi que l'hôpital de Saint-Eustache sont certifiés *Amis des bébés*. Le Centre de santé de Kanesatake est en voie d'être agréé, ce qui en fait un exemple au niveau canadien.

Le taux d'allaitement total à la sortie des services de maternité de la région des Laurentides (incluant la maison de naissances) est désormais de 86 %, ce qui est supérieur à l'objectif du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) fixé à 85 %.

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Les CSSS de la région offrent, en collaboration avec les organismes communautaires, des services qui contribuent au développement du potentiel des familles vulnérables, soit les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE).

Des ententes de services avec les services de garde éducatifs à l'enfance (SDGEE) permettent aussi à certains enfants de bénéficier d'interventions éducatives précoces. Cette année, les CSSS de la région ont offert ces services à 64,5% des familles en situation de vulnérabilité. L'engagement, qui était de 73%, est en baisse depuis l'année dernière, ce qui s'explique par la difficulté de recruter et de maintenir dans le programme les femmes en situation de vulnérabilité.

Également, la DSP assure l'achat et la diffusion d'outils de formation et d'intervention à jour. Elle offre les formations requises à l'amélioration des compétences des intervenants dans le but de maximiser le potentiel de santé de la clientèle vulnérable.

Une formation de deux jours portant sur l'approche de relation d'aide *Entretien motivationnel* a été offerte à 103 intervenants œuvrant dans le programme SIPPE. Le but de cette formation était d'amener les intervenants à adopter une approche plus efficace pour encourager les clientèles vulnérables à améliorer leurs habitudes de vie.

Déploiement des meilleures pratiques de promotion-prévention en milieu scolaire (Approche École en santé)



L'école est reconnue comme un lieu privilégié pour agir sur le développement, l'adaptation et l'intégration sociale des jeunes. De provenances diverses, de nombreuses interventions en prévention et promotion de la santé sont proposées aux écoles. Malgré ces interventions, plusieurs écoles ne s'appuient pas, ou pas suffisamment, sur les recommandations d'experts du milieu de la santé et de l'éducation.

La DSP a donc développé et consolidé au cours des dernières années, en collaboration avec le réseau de l'éducation, son soutien aux divers partenaires intervenant en milieu scolaire afin de favoriser le recours aux meilleures pratiques au regard de la persévérance, de la réussite, de la santé et du bien-être des jeunes. Ces pratiques portent notamment sur le renforcement de l'estime de soi et des habiletés sociales des jeunes et le développement d'environnements favorables au niveau de la famille, de l'école et de la communauté.

Les domaines couverts sont la promotion des saines habitudes de vie (alimentation, activité physique et non-usage du tabac) et la promotion de comportements responsables sains et sécuritaires (sexualité, relations saines et harmonieuses, non-usage de l'alcool, des drogues et jeux de hasard et d'argent).

Partenaires pour la réussite éducative dans les Laurentides

L'éducation est un déterminant important de la santé. Pour cette raison, l'ASSSL est un signataire actif de l'entente partenariale sur la réussite des jeunes des Laurentides 2008-2013 et y contribue financièrement. Elle siège au comité exécutif ainsi qu'au comité de suivi des Partenaires pour la réussite éducative des jeunes des Laurentides (PREL).

Développement des communautés

Les activités qui s'inscrivent dans la stratégie de développement des communautés visent à prévenir des problèmes psychosociaux et de santé physique qui sont influencés par le contexte de vie.

Dans le cadre de ses activités, la DSP siège au Conseil régional de développement social des Laurentides (CRDSL) et a été à l'origine de sa mise en place. Son rôle est, notamment, de stimuler et soutenir l'action des organismes et des groupes locaux et régionaux qui contribuent au développement social et de favoriser la complémentarité entre les acteurs du développement social dans la région.

La DSP s'implique également au sein du Groupe des partenaires pour la solidarité (GPS), mis sur pied par la Conférence régionale des élus des Laurentides (CRÉ). Elle a ainsi participé à l'organisation et la tenue du forum régional *Des actions solidaires pour les gens d'ici* qui a rassemblé 120 participants de tous les secteurs d'activité de la région.

Finalement, dans le cadre d'une offre de formation de l'Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences (IPCDC) et de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la DSP a animé un comité organisateur pour la planification d'une activité en développement des communautés qui s'est déroulée en mai 2012 pour le réseau des CSSS. Ce comité était composé de gestionnaires et de professionnels issus du réseau, un représentant des partenaires et un professionnel de l'INSPQ.

Sécurité alimentaire

Le nombre de personnes ayant recours aux banques alimentaires est en hausse, tant dans la région qu'ailleurs au Québec. C'est pourquoi la DSP soutient des activités de dépannage alimentaire ainsi que 21 projets offrant des alternatives au dépannage, telles que des cuisines et des jardins collectifs et des groupes d'achats de fruits et de légumes.

Afin d'assurer l'intégration des diverses actions en sécurité alimentaire, la DSP fait partie du comité de coordination du projet *S'entraider et outiller pour mieux manger*. Celui-ci, initié il y a trois ans par la DSP avec l'appui de l'Alliance régionale pour des environnements favorables aux saines habitudes de vie, vise à créer des environnements favorables à la saine alimentation de populations démunies. Il contribue également à structurer la logistique du transport, entreposage, transformation, conservation et redistribution des denrées dans les comptoirs alimentaires de la région. Ce projet met aussi à la disposition des organismes communautaires plusieurs outils éducatifs sur la saine alimentation. Moisson Laurentides en est le fiduciaire et reçoit l'appui financier de Québec en forme.

Prévention du suicide

Avec environ 80 décès chaque année dans les Laurentides, le suicide constitue la principale cause de mortalité prématurée. La prévention du suicide demeure donc une priorité régionale de santé publique.

Dans le cadre du déploiement des Guides de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants et gestionnaires de CSSS du MSSS, une offre d'activités de formation pour les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux de la région a été organisée en collaboration avec le Centre prévention suicide le Faubourg. Celle-ci vise principalement à renforcer les services de première ligne au niveau de l'évaluation de l'urgence et du risque suicidaire ainsi que de la prise en charge de la personne et de sa sécurité. Le premier volet, qui s'est terminé en mai 2012, a permis de former plus de 300 intervenants provenant des sept CSSS de la région. Le second volet, qui a débuté en mars 2012 et qui s'échelonnera jusqu'en mars 2013, permettra quant à lui de former plus de 90 intervenants supplémentaires, issus majoritairement du milieu communautaire. Ce processus s'inscrit dans une démarche à long terme visant l'adhésion de la région au Cadre de référence provincial - Sentinelles en prévention du suicide du MSSS.

De plus, des activités de sensibilisation portant sur la réduction de l'accès aux moyens pour s'enlever la vie ont été réalisées sur le territoire dans le cadre de la Semaine nationale de la prévention du suicide 2011. C'est également à cette occasion que d'autres actions ont été menées, telles que l'envoi d'un communiqué de presse régional aux médias et la diffusion d'outils promotionnels aux différents partenaires.

Habitudes de vie et maladies chroniques

Les maladies chroniques sont responsables d'une proportion importante de la morbidité et de la mortalité dans la région. Pour répondre à cette problématique, la DSP met de l'avant plusieurs stratégies pour prévenir l'apparition et retarder l'évolution de ces maladies, notamment par la promotion des saines habitudes de vie.

Lutte au tabagisme

Le tabagisme reste la première cause de mortalité évitable et est responsable d'une large proportion des cas de cancer (dont 85 % des cas de cancer du poumon), de maladies cardio-vasculaires et de maladies pulmonaires obstructives chroniques.

Afin de réduire le tabagisme dans la région, la DSP déploie et soutient plusieurs initiatives pour aider les personnes désirant cesser de fumer. En effet, des services professionnels personnalisés sont offerts par les centres d'abandon du tabagisme (CAT), présents dans tous les CSSS des Laurentides. De plus, une ordonnance collective régionale sur les thérapies de remplacement de la nicotine (TRN), mise à jour en janvier 2012, facilite l'accès économique aux substituts de nicotine.

La DSP s'implique également dans la mobilisation des jeunes pour la prévention du tabagisme. La ressource professionnelle régionale pour le programme *La gang allumée* encourage les initiatives dans les écoles et les maisons de jeunes et l'arrimage avec les partenaires, notamment le Réseau du sport étudiant du Québec (RSEQ), en collaborant avec le projet De Facto.

Soulignons également l'augmentation du nombre d'inscriptions au *Défi J'arrête, j'y gagne* par rapport à l'année précédente, avec la participation de 2 150 personnes.

Mise en place de services de motivation à l'adoption de saines habitudes de vie

Pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie, des services de soutien personnalisés ont été implantés dans la région, soit les Services de motivation à l'adoption de saines habitudes de vie (SMASH). Ceux-ci s'adressent aux personnes présentant certains facteurs de risques, telles la sédentarité, l'obésité, l'hypertension, etc.

Les SMASH de chaque CSSS de la région comptent sur des équipes comprenant des kinésiologues et des nutritionnistes offrant des services de counselling individuel ou de groupe en lien avec un mode de vie plus actif et d'une saine alimentation.

Programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION

Les maladies chroniques sont en grande partie attribuables à trois habitudes de vie néfastes : le tabagisme, la mauvaise alimentation et la sédentarité.



C'est pourquoi la DSP déploie depuis 2003, en collaboration avec les CSSS, le programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION dans la région des Laurentides. Ce programme vise l'acquisition de saines habitudes de vie en agissant sur les capacités individuelles ainsi que sur la mise en place d'environnements favorables à la santé. Chaque CSSS de la région compte sur des agents de changement qui soutiennent les municipalités et les entreprises du territoire participant au programme.

À ce jour, près de 60 milieux de travail (environ 15 000 employés), deux MRC (19 municipalités) et 11 autres municipalités (regroupant environ 250 000 personnes) sont inscrits au programme 0•5•30 COMBINAISON PRÉVENTION.

Programme québécois de dépistage du cancer du sein

Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein (PQDCS) vise à diminuer le taux de mortalité par cancer du sein en offrant aux femmes de 50 à 69 ans un dépistage par mammographie tous les deux ans. Le taux de participation régional augmente progressivement et se situait, en décembre 2010, à 52,7 % de la clientèle cible qui se chiffre désormais à plus de 80 000 femmes. Il reste néanmoins des efforts à poursuivre afin d'atteindre la moyenne provinciale de 57,6 %.

Actuellement, six centres de dépistage désignés (CDD) offrent le service de mammographie de dépistage dans les Laurentides, soit sur les territoires des CSSS des Pays-d'en-Haut, de Saint-Jérôme, des Sommets, d'Antoine-Labelle, d'Argenteuil et du Lac des-Deux-Montagnes. Le centre de référence pour investigation désigné (CRID) est situé au CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes.

Les délais d'accessibilité pour obtenir un rendez-vous, autant au niveau du dépistage que de l'investigation, demeurent une préoccupation constante au sein du programme. Plusieurs stratégies ont été mises en place, dont des ententes de services intrarégionales ainsi que des ajouts de plages horaires pour les CSSS qui présentaient une liste d'attente. Toujours dans le but d'améliorer l'offre de service, l'ASSSL soutient le CSSS de Saint-Jérôme dans les étapes pour atteindre une désignation en tant que CRID.



Le comité régional d'assurance de la qualité (CRAQ) a eu sa deuxième rencontre en décembre 2011 et une démarche d'assurance-qualité a été entamée auprès de plusieurs CDD. Cette démarche vise à s'assurer que les aspects de qualité soient mis en place de façon optimale et que les analyses portant sur la performance puissent être utilisées au meilleur escient possible. De plus, des actions ont été posées afin de soutenir les centres dans l'amélioration de leur saisie de données.

Le recrutement de médecins volontaires au PQDCS représente un défi constant. En effet, les médecins volontaires, au nombre de 57 répartis dans la région, effectuent le suivi des résultats de mammographie pour les participantes sans médecin traitant, ce qui représente un des avantages du programme.

Enfin, le site Internet PQDCS régional a été amélioré et les partenaires reçoivent deux fois par année un bulletin régional de santé publique les informant sur le programme.

Québec en forme : la promotion des saines habitudes de vie chez les jeunes et leur famille

La DSP collabore avec Québec en forme depuis 2008. Cette collaboration se fait principalement sur le plan de l'accompagnement des regroupements locaux de partenaires. Ceux-ci ont pour but d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'action visant l'adoption et le maintien d'une saine alimentation et d'un mode de vie physiquement actif chez les jeunes et leur famille.

Des formations sur les pratiques prometteuses en promotion-prévention ainsi que la possibilité de consulter des professionnels en activité physique et en nutrition font partie de l'accompagnement offert par l'équipe de la DSP.

Santé dentaire

La carie dentaire est une maladie infectieuse chronique touchant les gens de tous âges. Les conséquences de la carie ne sont pas banales, puisqu'en plus de la douleur, elles peuvent causer des troubles de la mastication, de la nutrition, de l'élocution, de l'estime de soi et du bien-être général.

En 2010-2011, 15 % des jeunes de la maternelle, 1re et 2e année du primaire des Laurentides (environ 2100) ont été rejoints par le programme de suivi préventif individualisé. Dans le cadre de ce programme coordonné par la DSP, les enfants vulnérables à la carie dentaire sont vus par les hygiénistes dentaires des CSSS et reçoivent des services préventifs.

Le dépistage du besoin d'agents de scellement est quant à lui assuré par le dentiste-conseil de la DSP auprès des enfants de la 2e année du primaire. Les hygiénistes dentaires des CSSS effectuent par la suite l'application des agents de scellement pour les enfants à risque de carie. Un contrôle de la qualité est réalisé par le dentiste-conseil dans l'année suivant l'application. Pour faciliter le déroulement du programme durant l'année scolaire 2012-2013, des ententes pour le prêt d'équipement entre CSSS (transport, bris, assurances) et pour le prêt de service (échange d'hygiénistes) ont été présentées et seront signées.

Afin de s'assurer de la qualité des interventions, la DSP propose de la formation continue pour les hygiénistes dentaires. Une formation pratique des hygiénistes au dépistage des enfants ayant des besoins en agents de scellement a également été amorcée dans quatre CSSSS.

Concernant la clientèle adulte, des actions pour améliorer la santé buccodentaire des personnes âgées en perte d'autonomie sont en cours, avec la collaboration du CSSS d'Antoine-Labelle.

Enfin, une évaluation du coût-efficacité de la fluoration de l'eau a été préparée conjointement avec le MSSS.

Soutien aux milieux cliniques pour l'application de pratiques cliniques préventives

Les trois quarts de la population consultent un médecin chaque année. Malheureusement, les cliniciens doivent composer avec diverses contraintes qui les empêchent souvent d'intégrer la prévention dans leur pratique.

Afin d'encourager l'intégration de la prévention dans la pratique des médecins, une approche de facilitation est implantée dans la région. Dans les Laurentides, cette approche s'effectue par une infirmière facilitatrice qui développe une offre de soutien adaptée aux intérêts, préoccupations, pratiques et au contexte organisationnel de chaque clinique médicale.

Depuis l'été 2010, treize milieux cliniques ont été visités. Dans sept milieux, une pratique clinique préventive (PCP) a été implantée et dans les six autres, l'implantation est en cours. Quatre autres milieux ont été rejoints et les visites sont à planifier.

Maladies infectieuses

Plusieurs maladies infectieuses ont pu être prévenues et contrôlées grâce à l'amélioration des mesures d'hygiène, aux vaccins et aux antibiotiques. Toutefois, qu'elles soient disparues ou en voie d'élimination, en recrudescence ou en émergence, les maladies infectieuses exigent une grande vigilance et un effort soutenu de prévention afin de protéger la santé de la population.

Maladies à déclaration obligatoire

Dans le cadre de la Loi sur la santé publique, certaines maladies contagieuses qui peuvent constituer une menace à la santé de la population doivent être déclarées au Directeur de santé publique. Il s'agit de maladies à déclaration obligatoire (MADO).

En 2011, 2 175 déclarations de maladies infectieuses ont été reçues à la DSP des Laurentides. Certaines maladies, telles que la chlamydiose génitale (1 427 cas), la gonorrhée (89 cas) et l'hépatite C (163 cas), sont les plus fréquemment rapportées. Par contre, d'autres maladies survenues en moins grand nombre se distinguent en comparaison avec l'an dernier, soit le virus du Nil occidental (4 cas), la syphilis infectieuse (18 cas), le tétanos (1 cas) et la rougeole (9 cas).

Pour la majorité de ces maladies, une enquête est effectuée par des professionnels de la DSP. Elle permet de recueillir de l'information sur la source et l'étendue de l'infection. Des recommandations sont ensuite émises sur les mesures de prévention et de contrôle à mettre en place.

La DSP poursuit la surveillance régionale afin de cibler rapidement les maladies en recrudescence ou en émergence. Elle continue aussi de travailler avec les différents milieux de soins et les établissements d'éducation afin d'agir promptement lors d'éclosions de gastro-entérite, d'influenza ou autres.

Infections nosocomiales

Les infections nosocomiales sont des infections acquises en milieu de soins. Elles entraînent des complications et une augmentation du risque de décès chez les personnes hospitalisées. La DSP continue ses efforts constants en matière de lutte aux infections nosocomiales, notamment en matière de prévention et de contrôle des infections, d'hygiène et de salubrité.

Au cours de l'année 2011-2012, plusieurs éclosions causées par le *Clostridium difficile* et les entérocoques résistants à la vancomycine (ERV) ont été signalées dans les hôpitaux de la région. Durand l'été 2011, cinq hôpitaux ont été aux prises avec des éclosions de ERV. Les mesures mises en place ont permis de mettre fin aux éclosions dans quatre des cinq établissements.

D'août à décembre 2011, des taux de *C. difficile* supérieurs à la moyenne provinciale ont été observés dans la région. Avec le soutien de la DSP, plusieurs mesures ont été mises en place afin de contrer cette hausse. Depuis, les taux oscillent autour de la moyenne provinciale.

En collaboration avec la Table régionale en prévention des infections nosocomiales, un tableau de bord a été conçu afin d'aider les établissements à mieux surveiller la situation en matière de prévention et de contrôle des infections nosocomiales.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang



La recrudescence des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) retient encore l'attention en 2011-2012. Bien que le nombre de cas de chlamydia et de gonorrhée soit demeuré stable, le nombre de cas déclarés de syphilis infectieuse en 2011 a augmenté de façon significative, passant de 8 à 18.

Durant les dernières années, la transmission de la syphilis était associée aux hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes (HARSAH). Or, on remarque maintenant que les personnes atteintes sont également des femmes et des personnes de plus en plus jeunes. D'ailleurs, depuis le début de 2012, une vigie rehaussée est en cours chez les personnes de 15 à 24 ans. À cet effet, des enquêtes plus approfondies et des interventions plus rapides et intenses sont réalisées par la DSP auprès des personnes atteintes ainsi que de leurs partenaires.

Le nombre de cas d'hépatite C est quant à lui près de deux fois plus élevé dans les Laurentides que la moyenne québécoise. L'utilisation de drogues injectables (UDI) est le principal facteur de risque d'acquisition de l'hépatite C. En plus du programme d'échange de seringues en place dans tous les territoires de CSSS des Laurentides, un projet pilote de distribution de kit d'inhalation sécuritaire a été réalisé sur le territoire du CSSS de Saint-Jérôme à l'été 2011. L'évaluation du projet est présentement en cours.

Finalement, une visite de tous les CSSS a été effectuée en 2011 afin de les soutenir dans leurs activités de dépistage des ITSS auprès des clientèles à risque, dont les jeunes, et dans le cadre de l'élaboration d'une nouvelle ordonnance collective pour le traitement de la chlamydia et de la gonorrhée.

Vaccination

La DSP des Laurentides soutient activement les activités de vaccination dans la région. Au printemps 2011, une éclosion de rougeole a touché le Québec. La DSP a supervisé une importante campagne de vérification des carnets de vaccination des enfants dans les écoles. La vaccination a été offerte à tous ceux n'ayant pas de preuves de vaccination. Plus de 9 000 doses ont été administrées. Bien que l'objectif provincial de 95 % n'ait pas été atteint, la couverture vaccinale dans les écoles primaires est passée de 80,1 % à 84,7 %, alors qu'elle a augmenté de 68,4 % à 76,7 % dans les écoles secondaires.

En ce qui concerne la gestion des produits immunisants, un système d'information est en cours de déploiement dans la région, soit le Système d'information pour la protection en maladies infectieuses (SI-PMI). Celui-ci permettra d'optimiser l'utilisation des produits immunisants (ex : gestion des commandes et des inventaires de vaccins, etc.), d'en assurer la traçabilité et d'éviter les ruptures de stock. La prochaine étape de l'implantation sera l'enregistrement web des données de vaccination de tous les usagers vaccinés par les CSSS.

Traumatismes non intentionnels

Les traumatismes non intentionnels regroupent l'ensemble des blessures et empoisonnements qui surviennent de façon involontaire et qui peuvent être évitables. Le réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides est particulièrement préoccupé par les blessures chez les jeunes enfants et les chutes chez les personnes âgées.

Programme intégré d'équilibre dynamique

La DSP s'est investie dans la prévention des chutes chez les personnes âgées, entre autres, par l'adoption du Programme intégré d'équilibre dynamique (PIED) qui vise la réduction des facteurs de risque de chute ainsi que la diminution de la morbidité, notamment les hospitalisations et la mortalité liées aux chutes.

Implanté dans les sept territoires de CSSS depuis 2004, ce programme rejoint plus de 400 personnes âgées de 65 ans et plus par année. La DSP des Laurentides procède annuellement à l'évaluation de l'implantation du programme, produit les outils de promotion et, selon les nouveautés, met à jour les connaissances des animateurs.

Trousse de prévention des blessures à domicile pour les jeunes enfants

Depuis six ans, la DSP des Laurentides, en collaboration avec les CSSS de la région, remet aux familles vivant en contexte de vulnérabilité et suivies dans le cadre des SIPPE une trousse de prévention des blessures contenant divers dispositifs ayant démontré une efficacité à en diminuer le nombre. Cette année, 244 trousses ont été distribuées.

Cette trousse permet aux intervenants des SIPPE d'aborder avec les parents la question de la sécurité des enfants en traitant des chutes, des brûlures, des noyades ou des intoxications et en installant avec eux les dispositifs fournis dans la trousse.

Santé au travail

La région des Laurentides compte 17 000 établissements regroupant un peu moins de 180 000 travailleurs. Pour une majorité de ceux-ci, le lieu de travail apparaît comme un milieu de vie où la santé et la sécurité deviennent incontournables. L'équipe de santé au travail de la DSP a pour mandat de prévenir l'apparition ou l'aggravation de maladies reliées au travail. À cet effet, des visites en entreprise sont effectuées par les intervenants des équipes locales afin d'évaluer les risques à la santé auxquels peuvent être exposés les travailleurs.

Maladies, infections et intoxications à déclaration obligatoire

Au cours des années 2010 et 2011, l'équipe de santé au travail de la DSP a traité 164 déclarations de maladies à déclaration obligatoire (MADO) en milieux de travail. Les maladies les plus souvent déclarées demeurent les intoxications au plomb et au monoxyde de carbone, l'amiantose et la silicose.

Programme de santé spécifique à l'établissement

Lorsque les visites d'évaluation en entreprise repèrent la présence de risques potentiels à la santé, un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE) est élaboré. Le mandat légal du Directeur de santé publique est de s'assurer de l'évaluation et de la mise en application de chaque PSSE. Pour 2010 et 2011, des PSSE ont été élaborés dans 177 entreprises sur le territoire.

Programme Pour une maternité sans danger

Le programme Pour une maternité sans danger (PMSD) vise le maintien à l'emploi des travailleuses enceintes ou qui allaitent sans que leur travail ne représente un danger pour elles-mêmes et leur enfant à naître ou allaité. La croissance annuelle moyenne de ce programme, au cours des dix dernières années, est d'environ 2 %. Pour les années 2010 et 2011, 4 785 demandes ont été traitées.

Troubles musculosquelettiques

Les troubles musculosquelettiques (TMS) constituent l'une des priorités du Programme national de santé publique (PNSP). Les interventions dans les milieux de travail, tant au niveau provincial que régional, intègrent systématiquement l'identification des facteurs de risques de TMS dans le cadre du PSSE.

L'équipe régionale a publié en 2011 un portrait statistique (1998-2007) des TMS survenus chez les travailleurs de la région. Tout comme dans le reste du Québec, le nombre de TMS diminue progressivement (fréquence), alors que la durée d'absence (gravité) tend à s'accroître.

Santé environnementale

L'environnement physique est un déterminant important de la santé. Le domaine de la santé environnementale regroupe les problèmes de santé causés ou aggravés par la contamination de l'air, de l'eau et du sol.

Eau potable



Une eau potable de qualité est essentielle à la santé. En cette matière, la DSP continue d'assurer le suivi de la qualité de l'eau potable de 600 réseaux publics et privés dans la région, en partenariat avec la direction régionale du ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP).

En 2011-2012, dans la région des Laurentides, quatre situations de contamination chimique de l'eau souterraine ont fait l'objet d'interventions de santé publique. Les produits en cause sont des composés organiques volatils associés dans la littérature à des effets cancérogènes en cas d'exposition prolongée sur plusieurs années ou à des effets sur l'embryon en cas d'exposition pendant la grossesse. Trois de ces situations ont nécessité des avis de non-consommation, pouvant aller jusqu'à des restrictions d'usage pour plus de 600 personnes pendant plusieurs mois. Ces dossiers ont été pris en charge avec la mise en place d'un suivi impliquant les responsables municipaux, de même que plusieurs partenaires membres de l'organisation régionale de sécurité civile.

Suite à l'analyse de ces dossiers, la DSP a émis des recommandations au niveau régional pour que les composés organiques volatils soient inclus dans les analyses à effectuer lors de la mise en place de nouveaux systèmes d'approvisionnement en eau souterraine.

Insalubrité morbide

Certaines personnes accumulent, dans leur milieu de vie, des objets ou des déchets de façon excessive. C'est ce que l'on définit comme étant de l'insalubrité morbide. Ce comportement représente une menace à la santé et à la sécurité, et demande une intervention concertée de différents partenaires. Il faut s'occuper à la fois de la personne et de son logement.

En 2011, dans les Laurentides, près d'une vingtaine de cas d'insalubrité morbide ont été signalés par les différents services municipaux et par les professionnels de la santé. Actuellement, la DSP collabore à l'élaboration d'une entente avec le CSSS Thérèse-De Blainville et les organismes offrant des services aux personnes vivant dans des conditions d'insalubrité morbide. Celle-ci aura pour but de rappeler les rôles et responsabilités des différents intervenants et de coordonner les interventions. Déjà mis en œuvre par les différents intervenants de ce CSSS, les résultats obtenus jusqu'à maintenant sont encourageants. Ce prototype d'entente sera éventuellement exporté aux autres CSSS de la région. Déjà, les CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes et d'Antoine-Labelle ont démontré de l'intérêt et ont eu une présentation à ce sujet.

D'autre part, afin d'aider les différents intervenants, la DSP a produit deux documents soit : *Insalubrité morbide, quand l'insalubrité menace la santé* et, en collaboration avec l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTASS), le *Guide de prévention, Intervention à domicile, Situations d'insalubrité morbide*.

Problématique des punaises de lit dans les Laurentides

Au Québec, comme dans tous les pays industrialisés, on connaît depuis quelques années une recrudescence des punaises de lit. Même si elles ne transmettent pas de maladie, les répercussions sociales de ce problème sont tangibles. L'approche privilégiée par la DSP a été d'offrir à ses partenaires des outils adaptés à leurs différentes clientèles.

En 2011, sur le territoire des Laurentides, la DSP a reçu une quarantaine d'appels relativement aux punaises de lit. À cet effet, différentes présentations ont été réalisées, entre autres, auprès du comité stratégique de santé publique des Laurentides (CSSPL), du milieu communautaire et d'infirmières scolaires.

De plus, plusieurs documents destinés à divers intervenants et à la population ont été produits, diffusés et mis en ligne sur le site Internet de l'ASSSL.

Radon

Le radon est un gaz radioactif cancérigène d'origine naturelle. Il représente la deuxième cause de cancer du poumon après la cigarette et la première chez les non-fumeurs.

Suite au projet-pilote de dépistage du radon initié en 2010 dans 22 écoles de la commission scolaire Pierre-Neveu et dans certaines écoles de Gaspésie et de l'Outaouais avec la collaboration de la DSP, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) a mis en place un programme de dépistage de ce contaminant cancérigène dans toutes les écoles primaires et secondaires du Québec, soit environ 4 000 établissements. Ce programme s'échelonnera jusqu'en 2014.

Par ailleurs, le ministère de la Famille et des Aînés (MFA) a emboîté le pas et a également décidé d'entreprendre une étude-pilote dans une cinquantaine de centres de la petite enfance (CPE) des Laurentides et de l'Outaouais. Toutes ces activités vont améliorer la connaissance de la cartographie du radon et accroître la sensibilisation de la population à ce gaz aux effets sournois. En lien avec ce projet, la DSP a organisé des rencontres d'information auprès de CPE de la région et rend son expertise disponible auprès des différents partenaires impliqués.

Par son action à Oka et Saint-Joseph-du-Lac, la DSP a contribué, durant les années 1990 et 2000, à faire avancer la recherche et l'information du public sur le radon dans l'air intérieur. La DSP continue d'exercer sa vigilance dans notre région et elle prête son expertise au niveau provincial, notamment au sein du Comité intersectoriel sur le radon.

La DSP termine également la refonte du site Internet sur le radon, qui répondra aux interrogations de la population par rapport à ce gaz cancérigène. Celui-ci devrait être mis en ligne au cours de l'année 2012.

Recherche et évaluation

L'évaluation a pour but d'analyser le déploiement des programmes de soins et de services offerts dans la région et de s'assurer de leur efficacité. En second lieu, les activités de recherche appliquée visent à documenter les enjeux sociaux et de santé auxquels la population fait face. Cela permet d'apporter les ajustements nécessaires aux programmes pour qu'ils atteignent leurs objectifs.

Étude sur les enjeux de développement social

La DSP poursuit sa contribution à l'étude du Conseil régional de développement social des Laurentides (CRDSL) portant sur les principaux enjeux de développement social dans les municipalités régionales de comté (MRC) de la région. Cette étude vise à proposer des pistes d'action intersectorielle et à soutenir les mobilisations régionales et locales.

Évaluation des programmes en prévention des maladies chroniques

La DSP assure l'évaluation de ses programmes d'intervention en promotion des saines habitudes de vie et en prévention des maladies chroniques. Le but de cet exercice est de produire les recommandations nécessaires pour améliorer l'implantation de ces programmes.

Surveillance

Dans le cadre de son mandat légal, la DSP effectue la surveillance de l'état de santé de la population de la région. Elle amasse et analyse les informations afin d'identifier les problèmes émergents et de suivre l'évolution de la santé de la population.

Au cours de la dernière année, la DSP a poursuivi la production de différents outils de diffusion de données sur l'état de santé de la population des Laurentides et ses déterminants. Ils visent à soutenir l'identification des priorités d'intervention en santé et, par le fait même, à faciliter la planification des services par l'ASSSL et les CSSS de la région.

Fiches *Regard Santé* et tableaux *Coup d'œil*

De nouvelles fiches *Regard Santé* ont été mises en ligne. Ce sont maintenant plus de 60 fiches qui sont accessibles à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Elles contiennent les dernières données disponibles sur l'état de santé et ses déterminants à l'échelle provinciale, régionale et territoriale, des tableaux d'analyses en fonction de l'âge et du sexe, ainsi que des graphiques de tendances.

De leur côté, les tableaux *Coup d'œil* ont été mis à jour régulièrement. Ils regroupent un ensemble d'indicateurs de santé sous forme de tableaux synthèses pour la région et pour chacun des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux (RLS). Il est ainsi possible d'identifier les problèmes prioritaires dans chaque secteur de la région et de prendre des décisions en fonction de ces réalités.

Portrait de santé régional

Afin d'avoir une vision plus globale et intégrée de l'état de santé de la population de la région, l'équipe de la DSP a travaillé à l'élaboration d'un portrait de santé qui sera diffusé à l'automne 2012. Plusieurs thématiques sur l'état de santé, ses déterminants et par cycle de vie (grands groupes d'âge) ont été analysées et complètent l'information contenue dans les autres outils de diffusion.

Qualité des services

L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides a pour rôle de mettre en œuvre les différents outils de gestion de la qualité, de coordonner et de déployer différents programmes de formation en lien avec la gestion de la qualité, et d'assurer le suivi des différentes recommandations afin de favoriser une cohérence dans les actions de tous les acteurs et afin de soutenir le réseau en matière de gestion de la qualité et de la sécurité des patients.

Comité de coordination réseau qualité des services

En 2011-2012, le comité de coordination réseau qualité des services, constitué de représentants de la qualité, de trois directeurs généraux des établissements de la région ainsi que de représentants de l'Agence, s'est penché sur différents dossiers, dont la promotion et l'appropriation du Cadre de référence régional sur une gestion intégrée de la qualité des soins et services. Ce cadre a fait l'objet de 13 présentations, dont une à la Table ministérielle des répondants principaux de la qualité constituée de représentants des agences et de la direction de la qualité du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Le comité avait été invité à le présenter en tant que représentant d'une des deux seules régions ayant un tel cadre régional.

Par ailleurs, parmi les dossiers étudiés, les membres du comité ont soutenu la démarche ministérielle d'inventaire de ressources et de réalisations en éthique dans la région qui a pour objectif de faire mieux connaître l'évolution des activités, d'inspirer des initiatives pour soutenir le développement de l'éthique clinique et de favoriser le partage des réalisations en éthique clinique.

Comité de vigilance et de la qualité des soins et services

Sous la présidence de M. Jean-Marie Dubuc, membre du conseil d'administration, le comité de vigilance et de la qualité des soins et services s'est réuni à quatre reprises traitant différents dossiers, tels que :

- Le bilan du commissaire régional aux plaintes et à la qualité des services;
- Le Cadre de référence régional sur une gestion intégrée de la qualité des soins et services;
- La Prestation sécuritaire des soins et des services (projet loi 113) : état de situation régional;
- Le rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux pour la période du 1er avril au 30 septembre 2011;
- Le SARDM (Système automatisé et robotisé utilisé pour la distribution des médicaments) - Amélioration de la qualité du circuit du médicament;
- Le suivi des recommandations du coroner : état de situation régional.

Processus d'agrément

L'Agence des Laurentides assure un suivi des démarches d'agrément réalisées par les établissements de santé et de services sociaux de la région. En date du 31 mars 2012, les 15 établissements de la région étaient agréés et cinq d'entre eux avaient reçu une visite d'agrément en 2011-2012. D'autres visites sont prévues en 2012-2013 dans le cadre de nouvelles démarches et l'Agence continue d'en assurer un suivi.

Gestion des risques

Le premier rapport issu du Registre national des incidents et accidents survenus lors de la prestation des soins de santé et de services sociaux (RNIASSSS) a été publié en décembre 2011. L'objectif du RNIASSSS est de s'assurer de la surveillance des incidents et accidents qui se produisent dans les établissements du réseau de la santé.

Les grands constats de ce rapport couvrant la période du 1er avril 2011 au 30 septembre 2011 sont les suivants :

- 7 953 événements ont été déclarés dans la région des Laurentides, dont 31,1 % représentent des chutes et 39,2 % des erreurs reliées à la médication;
- Les centres hospitaliers et les centres d'hébergement en soins de longue durée ont déclaré le plus d'événements, soit 94 %, comparativement à 3,3 % pour le centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (CRDI), à 2,6 % pour le centre jeunesse et à 0,1 % le centre de réadaptation en dépendance (CRD).

Toujours soucieux d'une prestation sécuritaire des soins et services, les établissements de la région continuent de mettre en place des mesures devant prévenir l'occurrence de ces événements.

Programmes de formation liés à la qualité des services

Afin de favoriser la qualité des services offerts dans la région, l'Agence a encouragé le déploiement de divers programmes de formation auprès des intervenants de la région. En date du 31 mars 2011, 2 790 préposés aux bénéficiaires de la région œuvrant en CHSLD et en centre hospitalier ont reçu la formation *Agir auprès de la personne âgée* afin d'assurer des interventions de qualité et efficaces auprès de cette clientèle en perte d'autonomie.

Au 31 mars 2011, 30 % des intervenants concernés par la formation *Vers un changement de pratique afin de réduire le recours à la contention et à l'isolement*, soit les infirmières, ergothérapeutes, physiothérapeutes et médecins, avaient reçu cette formation. Le déploiement de cette formation continue d'être priorisé puisque la cible visée est de former 66 % des intervenants.

Par ailleurs, dans le cadre de ses fonctions, l'Agence s'est assurée de diffuser auprès des établissements le Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle du MSSS afin que ces derniers puissent s'en inspirer dans la révision de leur propre protocole.

Également, le Programme AMPROOB (Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) se poursuit dans la région. Ce programme pancanadien d'autoformation a comme objectif d'améliorer la sécurité des patientes ainsi que les procédures d'urgence des professionnels de la santé et des administrateurs des unités obstétricales. Quatre établissements dans la région offrent ce programme, soit le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes (l'Hôpital Saint-Eustache), le CSSS de Saint-Jérôme (l'Hôpital régional de Saint-Jérôme), le CSSS d'Antoine-Labelle (l'Hôpital de Mont-Laurier) et le CSSS des Sommets (l'Hôpital Laurentien).

Programmes et projets touchant la qualité des services

Différents programmes et projets favorisant la qualité des services ont également été coordonnés par l'Agence :

- **Visites d'appréciation de la qualité dans les milieux de vie substituts**

  Les visites d'appréciation de la qualité dans les milieux de vie substituts (centre d'hébergement de soins de longue durée ainsi que ressources intermédiaires et de type familial) sont un mécanisme qui a pour but, notamment, d'apprécier l'implantation de l'approche milieu de vie.

  En 2011-2012, l'Agence a procédé avec l'équipe ministérielle à trois visites d'appréciation de la qualité en centre d'hébergement de soins de longue durée de CSSS de la région. Pour les autres établissements qui avaient été visités entre 2007 et 2010 et dont leur plan d'amélioration est encore actif, on constate que 99 % des recommandations ont été réalisées ou sont en cours de réalisation. En ce qui a trait au bilan de ceux visités entre 2010 et 2011, 97 % des recommandations ont été réalisées ou sont en cours de l'être. Le bilan statistique du suivi de ces plans d'amélioration est disponible sur le site Internet de l'Agence.

  Par ailleurs, l'Agence a préparé un plan régional d'accompagnement et de suivi des plans d'amélioration des établissements visités entre 2007 et 2011.

- **Programme d'amélioration de l'alimentation en CHSLD**

  Un appel de propositions régional a été lancé dans le cadre du programme *Amélioration de l'alimentation dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée* qui vise à soutenir des initiatives contribuant à bonifier les services alimentaires dédiés aux personnes hébergées en CHSLD. En mars 2011, dix établissements de la région ont participé à cet appel en déposant 15 projets totalisant un financement de 146 454 $ pour des projets qui devaient se réaliser au plus tard le 28 février 2012. De ce nombre, neuf des dix établissements ont réalisé leurs projets.

- **Bilan comparatif des médicaments en soins de longue durée pour la région des Laurentides**

  En décembre 2011, le projet de soutien régional pour la mise en œuvre du bilan comparatif des médicaments en soins de longue durée (BCM-SLD) prenait fin. Déployé dans les CHSLD de la région, ce processus a pour but de prévenir les événements indésirables reliés aux médicaments en veillant à la transmission d'une information complète relative aux médicaments (prescrits et en vente libre) ainsi qu'aux produits naturels pris par chaque résident.

  Ce projet a rayonné à l'extérieur de la région, notamment à la deuxième journée annuelle de conférences sur le BCM organisée par la campagne québécoise *Ensemble, améliorons la prestation sécuritaire des soins de santé* (EAPSSS), qui a eu lieu le 17 juin 2011 à l'Hôpital général juif de Montréal. Elle a également rayonné lors du Forum virtuel canadien sur la sécurité des patients et l'amélioration de la qualité organisé par l'Institut canadien pour la sécurité des patients qui a eu lieu le 2 novembre 2011 à Edmonton. À ce forum, plus de 2 500 personnes à travers le monde y ont participé.

  Force est de constater que le succès de ce projet innovateur reflète bien l'engagement de la région des Laurentides à tendre vers l'excellence en matière de qualité et de sécurité des soins.

Relations avec la communauté

Site Internet

Par le biais de son site Internet, l'Agence des Laurentides diffuse de nombreuses informations à la population. En effet, en plus de présenter les activités de l'Agence, le Portail santé Laurentides présente les établissements de santé et de services sociaux de la région et indique les soins et services qu'ils dispensent. Il s'agit donc d'un outil auquel les citoyens peuvent se référer afin d'obtenir de l'information les dirigeant aux bonnes ressources selon leurs besoins.

Au cours de la dernière année, des travaux ont été entrepris afin de traduire le contenu de ce site dans le but de faciliter la transmission de ces renseignements aux personnes de langue anglaise.

Programme de soutien aux organismes communautaires

L'Agence a le mandat d'assurer le suivi de gestion des subventions allouées dans le cadre du programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) en s'assurant que les organismes répondent aux critères du programme édictés par le MSSS. Les organismes ont, quant à eux, la responsabilité de faire la démonstration du respect de ces règles et normes dans leur reddition de comptes liée à leur mode de financement.

Suite aux recommandations du Vérificateur général du Québec sur le financement des organismes communautaires, l'Agence a participé aux travaux ministériels menant, le 28 mars dernier, à l'acceptation de la convention de soutien financier entre les organismes communautaires admis au PSOC et leur agence.

Les organismes financés dans le cadre du PSOC sont répartis selon différentes catégories au MSSS. Le tableau suivant décrit le nombre d'organismes financés par secteur d'activité. Vous pouvez aussi consulter le tableau détaillé du financement des organismes communiautaires au sein du PSOC en page 77.

Organismes communautaires financés par secteur d'activité	2011-2012
Catégorie A - Alcoolisme / toxicomanie et autres dépendances	7
Catégorie B - Contraception, allaitement, périnatalité, famille	10
Catégorie C - Déficience physique	12
Catégorie D - Déficience intellectuelle	11
Catégorie G - Santé mentale	15
Catégorie H - Centre d'action bénévole (CAB)	5
Catégorie J - Personnes âgées	2
Catégorie L - Personnes démunies	18
Catégorie N - Assistance et accompagnement et centres d'écoute téléphonique	1
Catégorie O - VIH - SIDA	1
Catégorie Q - Concertation et consultation générale	1
Catégorie R - Maintien à domicile	13
Catégorie S - Maisons d'hébergement pour femmes violentées ou en difficulté	5
Catégorie T - Centres de femmes	7
Catégorie V - Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS)	2
Catégorie W - Agressions à caractère sexuel	1
Catégorie X - Autres ressources pour hommes	2
Catégorie Z - Organismes de justice alternative	2
Catégorie 1 - Maisons de jeunes	23
Catégorie 2 - Autres ressources jeunesse	6
Catégorie 4 - Cancer	3
Catégorie 5 - Santé publique	3
Catégorie 6 - Maisons d'hébergement communautaire jeunesse	5

Note :
137 organismes communautaires ont été inscrits dans une seule catégorie,
neuf organismes communautaires ont été inscrits dans deux catégories

Affaires autochtones

Dans la dernière année, l'Agence a poursuivi son implication pour assurer la réalisation d'un projet visant l'implantation de services sociaux de première ligne dans la communauté mohawk de Kanesatake (Oka). Cette démarche se fait en étroite collaboration avec le Centre jeunesse des Laurentides, le CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes et le Conseil de bande de la communauté.

Relations de presse

L'Agence des Laurentides fait preuve de transparence envers les citoyens et n'hésite pas à répondre aux questions qui lui sont posées sur ses activités et sur l'organisation des soins et services dans la région. C'est dans cette optique que l'Agence a répondu à 117 demandes provenant de journalistes au cours de l'année 2011-2012. Elle a également émis 22 communiqués de presse afin d'attirer l'attention sur différents sujets d'importance ou événements à venir.

Sécurité civile – mission santé

La coordination de la sécurité civile a poursuivi ses travaux en collaboration avec les représentants de chacun des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Un esprit de partage et d'émulation permet à chacun des membres d'en tirer profit.

De plus, l'Agence des Laurentides a collaboré avec des ministères et organismes faisant partie de l'Organisation régionale de sécurité civile dans diverses situations, notamment dans la planification du risque de rupture de barrages dans la MRC d'Antoine-Labelle, pour établir les plans en cas de chaleur accablante ainsi que pour des situations environnementales ayant un impact sur la santé.

Ressources humaines

Ressources humaines de l'Agence

Dans le but d'optimiser les ressources humaines, l'Agence a procédé à quelques réorganisations administratives au cours de l'année 2011-2012, dont la fusion de la direction générale adjointe avec celle des services sociaux pour ainsi former la Direction générale adjointe et des services sociaux. Également, la décision de regrouper nos infrastructures technologiques et le centre de services informatiques sous la responsabilité de la Direction des ressources informationnelles régionalisées de l'Agence de Lanaudière a été mise en place et a nécessité la conclusion d'un protocole de transfert de membres de notre personnel au 1er avril 2012.

Dans le cadre des attentes ministérielles en matière d'optimisation et de réorganisation du travail, un atelier de deux jours sur l'approche *Lean* a été organisé à l'intention du personnel d'encadrement. Les membres du comité de direction ont également participé à différentes activités de formation sur le même sujet.

De plus, l'Agence a poursuivi ses efforts en lien avec les obligations de la loi 100 en réduisant ses dépenses de formation. Par conséquent, l'organisation de formation pour le personnel de l'Agence a été réduite en raison des restrictions imposées par ce projet de loi. Ainsi, 1771 heures de formation ont été suivies par 144 employés, ce qui représente 1 % de la masse salariale de l'organisation par rapport à 1,2 % l'année précédente.

Enfin, l'Agence s'est dotée d'un programme formel de reconnaissance pour l'ensemble de son personnel afin de souligner les réussites individuelles et collectives.

Effectifs de l'Agence des Laurentides au 31 mars 2012

Effectifs	Exercice 2011-2012	Exercice 2010-2011
Les cadres		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi)	23	24
Temps partiel	0,9	0
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	0
Les employés réguliers		
Temps complet (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	124	124
Temps partiel Nombre de personnes : équivalents temps complet [(a)] (excluant les personnes en sécurité d'emploi)	5,4	6,4
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	0	0
Les employés occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	33 641	35 935
Équivalent temps complet [(b)]	18,42	19,68

(a) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les employés réguliers : nombre d'heures selon le contrat de travail divisé par nombre d'heures d'un employé à temps complet du même titre d'emploi.

(b) L'équivalence temps complet se calcule de la façon suivante pour les employés occasionnels : nombre d'heures rémunérées divisé par 1 826 heures.

Ressources humaines du réseau

Effectifs du réseau des Laurentides au 31 mars 2012

Catégories d'emplois	Nombre d'individus 2011-2012	Nombre d'individus 2010-2011
Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires	3 622	3 517
Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers	3 847	3 741
Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration	1 657	1 656
Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux	2 730	2 671
Personnel non visé par la Loi 30	85	79
Personnel d'encadrement	422	409
TOTAL	12 363	12 073

Planification de la main-d'œuvre

Pour supporter les établissements dans leur réflexion et leur prise de décision quant à leur défi de main-d'œuvre, l'Agence des Laurentides les a soutenus dans le déploiement du système d'information en ressources humaines (SIRH).

L'Agence a, par la suite, présenté à l'équipe ministérielle le portrait régional de la main-d'œuvre de la région ainsi que les actions régionales et locales en cours pour répondre aux enjeux reliés à l'attraction et à la rétention de la main-d'œuvre.

La cellule régionale Santé et Services sociaux/Éducation, mise en place en mars 2011 afin de renforcer la concertation et la collaboration pour l'optimisation des places de stage, a effectué des travaux régionaux à l'automne 2011 afin de recommander des solutions au déséquilibre entre l'offre et la demande de stage en soins infirmiers. Deux chantiers ont démarré en début d'année 2012 dont les livrables sont de bonifier les critères d'utilisation des stages et d'élaborer une politique régionale de stages lors d'éclosion de maladie infectieuse.

Au cours de l'année, les deux exercices de placement des stages ont permis de recevoir dans la région environ 2 500 stagiaires en soins infirmiers (infirmières, infirmières auxiliaires, préposés aux bénéficiaires et auxiliaires familiales) . La pénurie étant plus marquée chez les infirmières, la région a pu bénéficier de l'admission de 114 étudiantes infirmières additionnelles au cours de l'année. Des projets pilotes sont en cours dans de nouveaux milieux de stages.

Attraction et rétention du personnel

Le bilan du plan d'action régional de main-d'œuvre 2010-2012 a été réalisé en collaboration avec les directeurs des ressources humaines de la région. À cet égard, différentes actions ont été posées, notamment :

- Un appel d'offres régional a été lancé auprès des agences privées de placement afin d'encadrer les pratiques en lien avec l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante;
- Le soutien financier de l'Agence pour des projets locaux visant à réduire l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante a été reconduit pour l'été 2012;

- Le programme régional de préceptorat en soins infirmiers se poursuit. Trente et une préceptrices œuvrent au sein du programme et le programme a permis à plus de 28 infirmières et infirmières auxiliaires ayant moins de deux années d'expérience de bénéficier de soutien et d'accompagnement;
- La première cohorte du programme de recyclage en soins infirmiers a permis de diplômer 19 candidates. Une deuxième cohorte de dix infirmières auxiliaires a débuté la deuxième année du programme;
- Les ateliers régionaux de préparation à l'examen de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec pour l'entrée dans la profession d'infirmière ont rejoint 78 candidates en 2011-2012, comparativement à 61 candidates l'année précédente. Le taux de réussite pour le dernier atelier a atteint 96%.

Optimisation et réorganisation du travail

Toujours dans le cadre du bilan du plan d'action régional de main-d'œuvre 2010-2012, voici les différentes actions qui ont été mises de l'avant :

- Dans le cadre des projets d'optimisation interrégionale, le regroupement des ressources humaines des trois technocentres des régions Laurentides, Lanaudière et Laval est réalisé;
- L'Agence a débuté le déploiement de sa stratégie régionale de développement de l'approche *Lean* en offrant un microprogramme en amélioration continue dispensé par l'Université du Québec à Trois-Rivières lequel mène à l'obtention d'une certification d'expert *Green Belt*. Présentement, 18 gestionnaires sont en préparation de projets d'optimisation dans huit établissements de la région.

Assurance-salaire, heures supplémentaires et main-d'œuvre indépendante

En matière d'assurance-salaire, la cible de diminution visée par les établissements de la région n'a pas été atteinte. Les absences liées aux problèmes de santé mentale et aux troubles musculo-squelettiques demeurent élevées.

Un sous-comité, formé des responsables en santé et sécurité au travail du réseau, a été mis sur pied en 2011 afin de soutenir les établissements dans l'atteinte de leur cible et a élaboré un plan d'action pour les deux prochaines années. Une des actions entreprises est le soutien financier accordé à dix établissements pour des projets visant à réduire l'absentéisme pour la prochaine année.

La diminution des heures de temps supplémentaire et du recours à la main-d'œuvre indépendante pour le personnel en soins infirmiers demeurent des préoccupations majeures. La région a atteint ses cibles en matière de temps supplémentaire infirmière et ce, grâce à la mise en place de pratiques prometteuses (horaire de travail atypique, meilleures pratiques en gestion de la liste de rappel, rehaussement de structures de postes). Ces expériences pourraient, à court terme, contribuer à l'amélioration des résultats des établissements pour les autres titres d'emplois.

Planification et développement de la relève cadre

Pour l'année 2011-2012, 54 candidats à la relève cadre ont participé au processus régional d'évaluation de potentiel. Pour ce qui est des formations universitaires de deuxième cycle dispensées par l'Université Laval, 32 candidats à la relève ou cadres en exercice inscrits à la maîtrise en gestion des organisations ont obtenu leur diplôme à l'hiver 2012. Une cohorte composée de 24 étudiants complète actuellement leur diplôme d'études supérieures spécialisées (DESS) du programme en gestion des organisations.

En ce qui a trait aux programmes de premier cycle, 34 étudiants poursuivent leurs études au microprogramme en gestion des organisations et au certificat en gestion de projet. Finalement, le programme régional de mentorat pour les cadres a connu une deuxième année de succès. Quatorze mentors et 19 mentorés ont bénéficié du programme en 2011-2012.

Formation réseau

Plus de 20 programmes de formation différents ont été offerts sur une base régionale aux travailleurs du réseau. De plus, un sous-comité régional réunissant les responsables de la formation dans les établissements a vu le jour à l'automne 2011 afin de favoriser l'échange des bonnes pratiques dans le domaine du développement des compétences.

Dans le cadre de la stratégie de développement régional de l'approche *Lean*, des ateliers de formation de deux jours sont offerts depuis janvier 2012 aux cadres de la région. L'objectif est de rejoindre l'ensemble des gestionnaires des Laurentides sur un horizon de 12 mois.

Ressources immobilières

La gestion des ressources immobilières regroupe deux volets d'activité. D'abord, elle coordonne les activités d'entretien et de réfection de plus de 70 installations occupées par les établissements de santé et de services sociaux de la région. De plus, elle participe à la concrétisation de projets immobiliers de différente envergure afin de répondre aux besoins cliniques de la région.

Projets de réaménagement et de construction

Différents projets en immobilisation ont eu lieu dans la région des Laurentides au cours de l'année 2011-2012 dans le but d'améliorer les services offerts à la population.

CSSS d'Antoine-Labelle

- La construction du nouveau CLSC à Mont-Laurier, d'une superficie de 3 250 m², s'est terminée au printemps 2012. Le déménagement dans la nouvelle installation du CSSS d'Antoine-Labelle s'est effectué en mai dernier. Le CSSS fera la location des lieux.

CSSS d'Argenteuil

- Le choix du site pour la construction d'un CHSLD de 131 lits a été défini par le CSSS d'Argenteuil, la Société immobilière du Québec (SIQ) et l'Agence des Laurentides. Avant de finaliser le concept du projet, le Ministère a demandé des études supplémentaires. Au coût de 29 millions de dollars, ce nouveau bâtiment aura une superficie approximative de 8 700 m² et accueillera les résidents des unités d'hébergement du Pavillon et de la Fontaine qui sont désuètes. Cette migration permettra à l'établissement de réaménager ces secteurs pour répondre à différents besoins de développement.
- Le projet de réorganisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI), sous la responsabilité du Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) Le Bouclier, nécessite l'implantation de deux unités spécialisées en la matière dans la région, dont une située au CSSS d'Argenteuil.

  Le montant des investissements immobiliers autorisé par le Ministère est de 4,5 millions de dollars. Une contribution financière de l'Agence des Laurentides de 652 000 $ a aussi été allouée au projet. Ce nouveau pavillon de deux étages aura une superficie de 1 910 m² et regroupera 19 lits ainsi qu'un plateau technique permettant la tenue des activités de réadaptation.

  Les plans et devis définitifs ont été réalisés par les professionnels. L'ouverture des soumissions pour la construction du projet a été effectuée le 26 mars 2012.

CSSS de Saint-Jérôme

- Dans l'attente de la construction d'un nouveau plateau technique en chirurgie et en endoscopie à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme, un projet de réaménagement transitoire est en cours de réalisation, pour un investissement de 4 millions de dollars. Les travaux consistent à relocaliser les services d'oto-rhino-laryngologie et de maxillo-faciale, ainsi que des bureaux administratifs, afin de permettre le réaménagement des secteurs de l'ophtalmologie, de l'endoscopie, de l'orthopédie et de la médecine interne.
- L'étude du projet de construction d'un nouveau CHSLD de 212 lits au CSSS de Saint-Jérôme est toujours en cours. La construction de ce bâtiment qui s'implanterait sur un site connexe à l'Hôpital régional de Saint-Jérôme est évaluée à 50,6 millions de dollars et aura une superficie de 14 060 m². Le projet a pour objectif de rapatrier dans un centre neuf les résidents des centres d'hébergement l'Auberge et Résidence Youville qui sont désuets.

- Le projet de construction du Pavillon en santé mentale au CSSS de Saint-Jérôme fait toujours l'objet d'analyses. Ce projet de 80 millions de dollars est soumis à la Politique-cadre sur la gouvernance des grands projets d'infrastructure publique. Ce futur bâtiment de 15 320 m² permettra d'héberger 85 personnes aux prises avec des problématiques sévères de santé mentale.
- La construction d'une unité d'hospitalisation brève de 451 m² a commencé. La création de cette unité permettra l'ajout de 12 civières et d'orienter un certain nombre d'usagers ayant une durée de séjour de moins de 72 heures selon des critères d'inclusions et d'exclusions stricts, et ce, dans l'objectif de maintenir l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins et des services à l'urgence.

  Afin d'instaurer cette unité, une allocation budgétaire de 2 500 000 $ a été accordée par le Ministère pour les travaux de construction. De plus, l'Agence a alloué un budget de 225 000 $ pour la réalisation de ce projet.

CSSS des Sommets

- Le projet de réorganisation des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI), sous la responsabilité du Centre de réadaptation en déficience physique Le Bouclier, nécessite l'implantation de deux unités spécialisées en la matière dans la région, dont une située au CSSS des Sommets. Les travaux en vue d'implanter cette unité de six lits dans un secteur du Pavillon Philippe-Lapointe sont présentement en cours.
- Le projet de développement d'un service d'ophtalmologie est présentement en planification. Le Ministère a octroyé un budget de 1 742 000 $ pour l'achat des équipements médicaux et non-médicaux. L'établissement et l'Agence des Laurentides travaillent conjointement à une solution immobilière optimale pour soutenir ce projet pour ensuite la présenter au Ministère, dans l'objectif d'obtenir le financement nécessaire à sa réalisation.
- Le réaménagement du secteur de l'endoscopie à l'Hôpital Laurentien est en planification. Cette démarche s'appuie sur deux aspects essentiels, soit la mise aux normes des espaces existants et l'augmentation de l'offre de service. L'établissement a présenté son projet à l'Agence des Laurentides. Celui-ci se chiffre à 3,3 millions de dollars incluant les équipements.

CSSS des Pays-d'en-Haut

- Un nouveau CLSC au CSSS des Pays-d'en-Haut a été construit. Ce projet en location a permis de relocaliser le CLSC de Sainte-Adèle et de Morin-Heights. L'ouverture officielle eut lieu le 19 mars 2012 au 694, chemin Avila, à Piedmont.

CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes

- L'agrandissement et le réaménagement de certains espaces de l'Hôpital de Saint-Eustache ont été inaugurés le 30 mai 2011. Ces travaux de 49,7 millions de dollars ont permis de regrouper dans un même secteur un bloc opératoire et les soins intensifs, ainsi que les services de résonnance magnétique, de médecine de jour et d'imagerie médicale. Par ailleurs, 13 lits d'hospitalisation ont été ajoutés, ce qui porte l'hôpital à 234 lits.
- Lors de l'agrandissement de l'Hôpital de Saint-Eustache, un nouvel étage s'est ajouté sur une section déjà existante de l'établissement. Des fonds supplémentaires de 3,6 millions de dollars ont été alloués pour réaliser l'aménagement intérieur de cette nouvelle aile. Ces travaux permettront l'ajout de lits d'hospitalisation.
- L'étude du projet de construction d'une nouvelle salle d'urgence au CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes est toujours en cours. Ce projet de 6 643 m² est évalué à environ 50 millions de dollars.
- L'analyse des paramètres du projet de rehaussement du bloc opératoire et des salles d'endoscopie au CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes est en cours. Le ministre Yves Bolduc a fait l'annonce d'un investissement de 2,5 millions de dollars pour les immobilisations et les équipements en regard à ce projet prioritaire. L'acquisition des équipements médicaux est commencée pour la septième salle du nouveau bloc opératoire et le réaménagement des salles d'endoscopie est à venir.

CSSS de Thérèse-De Blainville

- Le Ministère a octroyé un budget de 2,5 millions de dollars pour permettre d'implanter un service médical interdisciplinaire de première ligne dans une aire inoccupée du bâtiment abritant le CLSC de Thérèse-De Blainville. L'établissement travaille actuellement avec les professionnels à la rédaction des plans et devis définitifs de cet aménagement de 1 102 m².

Centre jeunesse des Laurentides

- Le projet de regrouper au sein d'un même bâtiment les unités de vie et le siège social du Centre jeunesse des Laurentides se poursuit. Ce projet d'environ 52 millions de dollars a été soumis au MSSS pour autorisation à l'élaboration du dossier d'affaires stratégique (DAS) dans le cadre de la Politique-cadre sur la gouvernance des grands projets d'infrastructure publique.
- L'établissement a présenté à l'Agence des Laurentides un projet transitoire dans le but de relocaliser les unités de vie de Saint-Jérôme et de Sainte-Agathe.

Efficacité énergétique

Le réseau de la santé est sensible à l'intégration de mesures d'efficacité énergétique lors de la conception de projet de construction. Le CSSS d'Antoine-Labelle poursuit ses activités concernant l'acquisition d'équipements permettant de réduire la consommation d'énergie dans ses installations grâce à des énergies alternatives comme la biomasse et la géothermie.

Maintien des actifs

Les projets de maintien des actifs regroupent les interventions requises afin d'assurer la sécurité des personnes et des biens, de contrer la vétusté des immeubles et d'assurer leur conservation. Ces travaux portent généralement sur les composantes architecturales, les systèmes électriques et mécaniques, ainsi que sur la conformité des immobilisations aux codes et aux normes en vigueur.

Pour l'année 2011-2012, le MSSS a alloué une somme de 10,3 millions de dollars pour assurer le maintien des actifs immobiliers dans la région des Laurentides.

Rénovations fonctionnelles mineures

Les rénovations fonctionnelles mineures regroupent tous les travaux de rénovation, de réaménagement, de transformation ou de remplacement de moins de 5 millions de dollars visant à améliorer la qualité et l'efficience des soins et services.

Une enveloppe dévolue aux CHSLD sert prioritairement à la réalisation de travaux de rénovation fonctionnelle dans les unités de vie afin que ces travaux contribuent à l'amélioration de la qualité de vie des résidents.

Enveloppe de rénovation fonctionnelle mineure

Catégorie	Total des investissements
Autre qu'en CHSLD	3 400 084 $
Dédiée aux CHSLD	1 648 000 $
Total	**5 048 084 $**

Équipements médicaux et non-médicaux

En 2011-2012, le Plan québécois des infrastructures (PQI), qui permet des investissements dans le réseau pour le remplacement et le rehaussement des équipements définis comme « médicaux » et « non-médicaux et mobiliers », a été annoncé. Comme prévu dans le cadre de gestion des établissements du réseau, des plans triennaux ont été produits pour le remplacement d'équipements et une répartition budgétaire de 11 560 676 $ a été faite pour l'ensemble des établissements. Également, dans le cadre du programme tripartite (MSSS, Agence, établissements) pour le remplacement des équipements de 1 million de dollars et plus, l'Agence a reçu du MSSS 1,1 million de dollars afin de remplacer le tomodensitomètre (SCAN) du CSSS d'Antoine-Labelle et du CSSS des Sommets ainsi que pour le remplacement d'un équipement de radiofluoroscopie au CSSS d'Argenteuil.

Ressources informationnelles

Entente de regroupement des services Laval-Lanaudière-Laurentides

Toujours dans un souci d'optimisation, les agences de la santé et des services sociaux des trois régions ont travaillé à concrétiser le projet de regroupement des centres de services et traitements informatiques. En effet, le regroupement des activités de nature technocentre a eu lieu le 31 mars 2012 par le transfert des ressources et activités sous la gouvernance de la direction des ressources régionalisées de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.

Au cours de la prochaine année, les activités de regroupement et partage d'expertises se poursuivront. Ainsi, l'Agence de Laval contribuera au projet par son expertise en matière de gestion de projets et l'Agence des Laurentides verra son rôle élargi en ce qui a trait à l'exploitation et la gestion de l'information, dont le volet du Carrefour informationnel et documentaire.

Service de la gestion de l'information

Le rôle du service de gestion de l'information de l'Agence des Laurentides consiste à produire des services et des outils informationnels et documentaires à destination des établissements du réseau des Laurentides et des partenaires du réseau de la santé.

Le Carrefour informationnel et documentaire du réseau sociosanitaire des Laurentides

Le Carrefour informationnel et documentaire offre aux professionnels des établissements du réseau des Laurentides et à leurs partenaires un vaste éventail de ressources informationnelles et documentaires pertinentes à leur domaine d'activité. Parmi les services offerts, on retrouve des services de recherches bibliographiques et statistiques, le développement d'outils informationnels adaptés aux besoins de gestion, des services-conseils et l'administration de son portail Web.

Au cours de la dernière année, la popularité des services offerts par le Carrefour ne s'est pas démentie puisqu'on observe une augmentation de 15 % de la consommation des services offerts.

Coup d'œil sur les activités du Carrefour informationnel et documentaire

Intranets et sites Web

- Dans la dernière année, le soutien proposé par le Carrefour pour le développement des intranets locaux s'est poursuivi. Sept établissements de la région ainsi que l'Agence des Laurentides ont adhéré au projet de création de leur intranet afin d'optimiser les ressources et de réaliser des économies d'échelle;
- Dans le cadre du projet « Portail Santé Laurentides », trois portails supplémentaires sont venus bonifier la diffusion de l'information au réseau. D'abord, le portail « Ensemble, améliorons la prestation sécuritaire de soins de santé (EAPSSS) » vient soutenir les établissements dans leur projet d'implantation et de suivi du Bilan comparatif des médicaments (BCM) en soins de longue durée. Le portail soutient également la région dans les autres stratégies de la campagne EAPSSS. Ensuite, le portail du Département régional de médecine générale destiné aux médecins de la région permet d'accéder à une multitude d'informations essentielles à leur pratique. Finalement, mis en ligne en décembre 2011, un portail destiné aux membres du conseil d'administration a été créé afin d'optimiser les séances du conseil et ainsi réduire les coûts relatifs à la préparation et au déroulement des séances;
- En collaboration avec le service des communications de l'Agence, les services informationnels ont mis en branle, en décembre dernier, le projet de développement des sites web des établissements de la région. Sept d'entre eux y ont adhéré. Par ce regroupement, l'objectif poursuivi est une harmonisation des sites afin d'aider le citoyen à retrouver une uniformité dans le réseau des Laurentides, tout en permettant aux établissements de réaliser des économies.

Maintien et évolution des outils en place

- Depuis avril dernier, un service d'accès distant à la base de données en médecine probante *Dynamed* est disponible. Les médecins, pharmaciens et autres professionnels de la santé du réseau peuvent maintenant consulter, en tout temps, depuis n'importe quel ordinateur et sur leur téléphone intelligent, des données cliniques de grande qualité et utilisables immédiatement dans leur pratique;
- Également depuis avril, le Carrefour a mis en ligne une nouvelle section diffusant des fiches de santé populationnelle produites par la Direction de santé publique.

Développement d'outils statistiques pour la région

- Les expertises en matière de gestion de l'entrepôt de données régionales administré par le Carrefour ont été mises à contribution dans plusieurs projets de développement;
- L'équipe du Carrefour a complété son mandat d'extraction de données dans le projet *Analyse des corridors de services*, un projet de collaboration entre les régions de Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie. Plus de 300 rapports ont été réalisés pour donner suite à une analyse qui a été présentée au MSSS en décembre dernier;
- Une entente a été établie avec l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie permettant aux équipes de la coordination de la performance et de la gestion de l'information de leur organisation d'exploiter les données administrées par le Carrefour des Laurentides.

La gestion intégrée de documents

L'équipe de la gestion de l'information a poursuivi son vaste chantier d'implantation de la gestion intégrée des documents (GID) à l'Agence des Laurentides en exploitant la technologie *Open Source Alfresco*. Ce système permettra de faciliter la gestion efficace des documents électroniques produits et reçus dans le cadre des fonctions des employés de l'organisation.

Des ententes de partenariats et de collaboration avec le réseau sont en élaboration pour 2012.

L'utilisation des logiciels libres

Le service de la gestion d'information a résolument choisi la voie du logiciel libre en adoptant dès 2010 les solutions Typo3 pour la gestion de ses produits Web (portail Carrefour, sites Internet et intranet) et Alfresco pour la gestion de l'information administrative.

Ces choix technologiques innovants suivent les recommandations du Gouvernement du Québec concernant l'ouverture aux solutions libres et représentent, en même temps que des défis de développement importants (formation des ressources, création d'un nouveau savoir-faire, adaptation des infrastructures, etc.), une formidable opportunité d'innovation, d'économies d'échelle et de collaboration.

Dossier santé Québec

Volet imagerie médicale - Répertoire d'imagerie diagnostique

En fonction des exigences du Dossier santé Québec (DSQ), les infrastructures technologiques ont été mises en place afin d'effectuer le transfert des images radiologiques dans le Répertoire d'imagerie diagnostique (RID) à Montréal. De plus, afin d'être en mesure d'accueillir la mammographie numérique, le rehaussement des équipements a été réalisé à l'aide d'une subvention de 629 152 $ provenant du DSQ.

Volet télésanté

L'Agence des Laurentides a continué à participer activement aux travaux de développement de projets de télésanté visant à améliorer l'organisation et l'accessibilité aux services médicaux. En ce sens, au cours de l'année 2011, le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal, en collaboration avec l'Agence des Laurentides, a complété à 94 % le déploiement des stations de visioconférence dans le cadre du projet de téléformation et soutien clinique multidisciplinaire. Une deuxième phase d'analyse des besoins a également été faite en 2011, cette fois pour évaluer le nombre requis de stations mobiles de visioconférence pour la région. Finalement, le développement d'un projet de télésoins de plaies est présentement en élaboration et favorisera la mise en place progressive de corridors de services cliniques spécialisés par le biais des téléconsultations et de téléformation.

Ressources financières

La Direction des ressources financières de l'Agence a pour principal mandat de soutenir la gestion financière du réseau de la santé et des services sociaux de la région. Elle assure notamment le suivi budgétaire des établissements du réseau. Elle veille également à la gestion budgétaire des activités de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Situation financière des établissements du réseau des Laurentides

Le Ministère a procédé en 2011-2012 à un ajustement financier relatif à la prise en charge des soldes de fonds déficitaires au 31 mars 2008. La région s'est ainsi vue reconnaître un financement de 26,6 millions de dollars qui a été présenté par les établissements concernés aux résultats de l'exercice.

De plus, le rehaussement des bases budgétaires, amorcé en 2010-2011, a été bonifié en 2011-2012. Les établissements ayant une cible déficitaire autorisée, ne présentant pas d'écart à cette cible depuis 2003-2004 et s'engageant à respecter l'équilibre jusqu'en 2013-2014, sont visés par ce rehaussement. Trois établissements respectent ces critères et ont donc eu droit à un ajustement non récurrent de leur base budgétaire, pour un total de 1,09 million de dollars.

Pour ce qui est de la présentation des états financiers, le Ministère a apporté en 2011-2012 des ajustements afin de se rapprocher des normes comptables canadiennes pour le secteur public. Ce nouveau modèle vient donc modifier la présentation des résultats par rapport aux exercices précédents.

Ainsi, les résultats des établissements au 31 mars 2012 totalisent, selon la nouvelle présentation, un surplus de 3,0 millions de dollars. Les résultats ajustés aux fins de suivi budgétaire (selon l'ancienne présentation) et excluant le rehaussement budgétaire de 26,6 millions de dollars totalisent 28,2 millions de dollars, soit un dépassement de 20,4 millions de dollars par rapport à la cible déficitaire autorisée de 7,8 millions de dollars (cible ajustée des rehaussements des bases budgétaires). Ce dépassement est occasionné par deux établissements pour lesquels des démarches de suivis spécifiques sont en cours, dont entre autres des mandats d'audit et d'accompagnement financier par des consultants externes. L'Agence poursuit ses efforts afin de suivre l'évolution de la situation financière des établissements et de s'assurer du respect des cibles déficitaires autorisées.

Dans le cadre de la loi 100, *Loi mettant en œuvre certaines dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014*, l'effort additionnel requis des établissements de la région des Laurentides pour l'exercice 2011-2012 a été de 2,2 millions de dollars, s'ajoutant aux 2,7 millions de dollars demandés en 2010-2011. Un effort de 0,9 million de dollars a également été demandé aux établissements en lien avec des mesures d'optimisation. La reddition de compte effectuée auprès des établissements en 2011-2012 démontre l'atteinte des cibles, à l'exception de deux établissements qui n'ont pas atteint leur objectif. Un suivi a été fait auprès de ceux-ci afin que de nouvelles mesures soient identifiées en vue de l'atteinte de la cible de réduction prévue de 10 % au terme de 2013-2014.

Budget net de fonctionnement des établissements de santé et de services sociaux des Laurentides

	2010-2011	2011-2012
CSSS d'Antoine-Labelle	78 844 835 $	80 800 530 $
CSSS de Saint-Jérôme	193 507 494 $	207 204 865 $
CSSS des Sommets	68 109 283 $	69 885 324 $
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	115 586 602 $	125 562 485 $
CSSS d'Argenteuil	37 383 409 $	39 445 332 $
CSSS Thérèse-De Blainville	54 846 029 $	57 347 269 $
CSSS des Pays-d'en-Haut	16 924 765 $	17 190 856 $
La Résidence de Lachute	2 724 244 $	2 893 848 $
CR André-Boudreau	5 062 880 $	5 828 679 $
CR du Florès	46 456 792 $	47 446 937 $
CRDP Le Bouclier	12 519 845 $	12 902 033 $
Centre Jeunesse	61 728 136 $	63 407 686 $
Total établissements publics	**693 694 314 $**	**729 915 844 $**
CHSLD Deux-Montagnes	4 452 683 $	4 475 497 $
CHSLD Villa Soleil	9 594 447 $	9 957 768 $
Pavillon Sainte-Marie (CR)	8 736 472 $	9 021 536 $
Total établissements privés conventionnés	**22 783 602 $**	**23 454 801 $**
Total région des Laurentides	**716 477 916 $**	**753 370 645 $**

Surplus et déficits des établissements de santé et de services sociaux des Laurentides

	2010-2011	2011-2012	
	Surplus (déficit)	*Surplus (déficit)*	
CSSS d'Antoine-Labelle	(2 673 024) $	(277 316) $	
CSSS de Saint-Jérôme	(8 462 763) $	(1 500 355) $	
CSSS des Sommets	(1 931 560) $	7 031 069 $	
CSSS du Lac-des-Deux-Montagnes	(3 643 029) $	(4 946 281) $	
CSSS d'Argenteuil	(887 393) $	1 601 028 $	
CSSS de Thérèse-De Blainville	(76 118) $	120 557 $	
CSSS des Pays-d'en-Haut	(123 325) $	259 343 $	
La Résidence de Lachute	9 246 $	(15 019) $	*Note 1*
CR André-Boudreau	55 635 $	85 570 $	
CR du Florès	(353 110) $	413 497 $	
Centre Jeunesse	(72 360) $	186 234 $	
Total établissements publics	**(18 157 801) $**	**2 958 327 $**	

Note 1

L'établissement a utilisé une contribution de son avoir propre pour s'équilibrer

Autorisations d'emprunt

Au cours de l'exercice financier 2011-2012, l'Agence et le ministère de la Santé et de Services sociaux ont accordé des autorisations d'emprunt temporaire à certains établissements publics de la région.

Le montant total des autorisations d'emprunt temporaire accordé aux établissements publics au 31 mars 2012 pour les dépenses courantes de fonctionnement représente 23,5 % du total des budgets bruts de fonctionnement des établissements publics de la région.

Quant aux autorisations d'emprunt pour des dépenses en immobilisations à la charge du fonds d'exploitation, l'Agence respecte le plafond régional autorisé de 5,4 millions de dollars pour cette catégorie d'emprunt.

Autorisations d'emprunt des établissements de santé et de services sociaux des Laurentides

Emprunts	*$ Autorisé*	*$ Utilisé*
Autorisés par le MSSS		
Dépenses courantes de fonctionnement	180 580 000 $	164 725 461 $
Projets autofinancés par des économies d'énergie	12 897 876 $	263 889 $
	193 477 876 $	**164 989 350 $**
Autorisés par l'Agence		
Projets autofinancés	**5 204 831 $**	**2 250 068 $**

État d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2010-2011

Exercices terminés les 31 mars

ÉTAT D'ALLOCATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE DES CRÉDITS 2011-2012

		2012	2011
ENVELOPPE RÉGIONALE			
Montant de l'enveloppe régionale finale (nette) 2011-2012 inscrit dans le système SBF-R	01	810 325 143 $	766 145 353 $
AFFECTATION DE L'ENVELOPPE RÉGIONALE			
Allocations aux établissements	02	748 630 708	708 566 269
Allocations aux organismes communautaires	03	22 606 375	21 962 104
Allocations à d'autres organismes excluant ligne 02 et ligne 03	04	968 674	560 653
Montant des allocations de l'enveloppe régionale inscrites dans le système SBF-R (L. 02 à L. 04)	05	772 205 757	731 089 026
Montant engagé au formulaire budgétaire de l'Agence ayant un impact à l'enveloppe régionale finale	06	35 593 825	31 928 366
Autres	07	27 900	19 200
TOTAL (L.05 à L.07)	08	807 827 482	763 036 592
Excédent de l'enveloppe régionale sur les affectations avant prévision des comptes à payer (L.01 - L.08)	09	2 497 661 $	3 108 761 $
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les établissements publics			
- Comptes à payer signifiés	10	1 193 837	2 986 858
- Comptes à payer non signifiés	11		
Comptes à payer inscrits en fin d'exercice pour les organismes autres que les établissement publics			
- Comptes à payer signifiés	12	1 193 643	
- Comptes à payer non signifiés	13	-	(65 812)
TOTAL des comptes à payer inscrits en fin d'exercice dans le système SBF-R (L. 10 à L. 13)	14	2 387 480	2 921 046
Comptes à fin déterminée reportés à l'enveloppe régionale de l'exercice subséquent	15	110 181	187 715
EXCÉDENT DE L'ENVELOPPE SUR LES AFFECTATIONS (L.09 - L.14 - L.15)	16	- $	- $

Cette page fait partie intégrante des états financiers condensés dont fait mention le rapport des auditeurs inclus au présent document

Programme de soutien aux organismes communautaires

Catégorie	Versement total 2010-2011	Versement total 2011-2012
Catégorie A - ALCOOLISME / TOXICOMANIE ET AUTRES DÉPENDANCES		
Groupe JAD	78 405 $	80 287 $
L'Unité Toxi des Trois-Vallées	27 453 $	28 112 $
Maison Lyse-Beauchamp	200 990 $	208 237 $
Regroupement en toxicomanie Prisme	157 258 $	161 032 $
Sablier	99 071 $	101 449 $
Tangage des Laurentides	89 038 $	94 175 $
Unité Domrémy de Ste-Thérèse	167 031 $	171 040 $
SOUS-TOTAL - Catégorie A	**819 246 $**	**844 332 $**
Catégorie B - CONTRACEPTION, ALLAITEMENT, PÉRINATALITÉ, FAMILLE		
6e Jour	167 055 $	171 168 $
Grands-Parents Tendresse	67 998 $	69 466 $
La Maison de la famille de Bois-des-Filion	11 740 $	15 740 $
La Maison de la famille des Pays-d'en-Haut	1 350 $	1 350 $
La Petite Maison de Pointe-Calumet	900 $	900 $
La Maison de la famille de Ste-Anne-des-Plaines	900 $	950 $
Maison Parenfant des Basses-Laurentides	850 $	850 $
Maison Pause-Parent	5 380 $	6 566 $
Naissance-Renaissance des Hautes-Laurentides	145 919 $	150 076 $
Nourri-Source-Laurentides	53 241 $	54 519 $
SOUS-TOTAL - Catégorie B	**455 333 $**	**471 585 $**
Catégorie C - DÉFICIENCE PHYSIQUE		
Association de la fibromyalgie des Laurentides	108 117 $	110 712 $
Association des parents d'enfants handicapés des Hautes-Laurentides	23 213 $	23 770 $
Association des personnes avec des problèmes auditifs des Laurentides (APPAL)	222 482 $	227 822 $
Association des personnes handicapées Clair-Soleil	72 354 $	74 090 $
Association québécoise de la dysphasie, région Laurentides	108 117 $	110 712 $
Centre d'aide aux personnes traumatisées crâniennes et hand. physiques des Laurentides	217 466 $	222 685 $
Groupe relève pour personnes aphasiques	159 220 $	163 041 $
La Maison des parents d'enfants handicapés des Laurentides	54 627 $	55 938 $
Regroupement des handicapés visuels des Laurentides	95 000 $	110 713 $
Regroupement des personnes handicapées de la région de Mont-Laurier	46 522 $	47 639 $
Service Régional d Interprétariat de Lanaudière (SRIL)	100 000 $	100 000 $
Société canadienne de la sclérose en plaques - Section Laurentides	34 785 $	35 571 $
SOUS-TOTAL - Catégorie C	**1 241 903 $**	**1 282 693 $**
Catégorie D - DÉFICIENCE INTELLECTUELLE		
Acco-Loisirs	94 420 $	96 686 $
Association des parents d'enfants handicapés des Hautes-Laurentides	23 214 $	23 771 $
Association des personnes handicapées Clair-Soleil	72 357 $	74 094 $
Association des personnes handicapées intellectuelles des Laurentides (APHIL)	93 639 $	95 886 $
Atelier Altitude	142 612 $	146 035 $
La Libellule, pour les personne vivant avec une déficience intellectuelle	152 381 $	150 918 $
Les Papillons de Nomininque	92 608 $	94 831 $
La Maison des parents d'enfants handicapés des Laurentides	54 635 $	60 042 $
Parrainage civique Basses-Laurentides	37 504 $	38 404 $
Regroupement des personnes handicapées de la région de Mont-Laurier	46 522 $	47 639 $
Société de l'autisme S.A.R. Laurentides	177 846 $	182 114 $
SOUS-TOTAL - Catégorie D	**987 738 $**	**1 010 420 $**

Catégorie	Versement total 2010-2011	Versement total 2011-2012
Catégorie G - SANTÉ MENTALE		
Alternatives Laurentides	7 296 $	7 471 $
Association Laurentienne des proches de la personne atteinte de maladie mentale	229 138 $	234 637 $
Association Panda Thérèse-De Blainville et des Laurentides	146 353 $	144 745 $
Atelier "Ensemble on se tient"	231 718 $	233 985 $
C.E.S.A.M.E. centre pour l'enfance en santé mentale Deux-Montagnes	159 546 $	161 255 $
Centre aux sources d'Argenteuil	178 359 $	182 640 $
Centre prévention suicide Le Faubourg	538 477 $	551 400 $
Droits et recours des Laurentides	116 365 $	114 038 $
Groupe La Licorne MRC Thérèse-De Blainville	238 998 $	244 734 $
L'Arc-en-Soi, centre de prévention et d'intervention en santé mentale	208 593 $	215 599 $
Le Groupe Harfang des Neiges des Laurentides	263 760 $	270 090 $
L'Échelon des Pays-d'en-Haut	155 626 $	160 269 $
Envolée, ressource alternative en santé mentale	149 503 $	153 091 $
Maison Clothilde	146 073 $	149 579 $
Panda Basses-Laurentides Sud-Ouest	140 177 $	144 541 $
SOUS-TOTAL - Catégorie G	**2 909 982 $**	**2 968 074 $**
Catégorie H - CENTRE D'ACTION BÉNÉVOLE (CAB)		
L'Action bénévole de la Rouge	37 536 $	38 437 $
Centre d'action bénévole Association Solidarité d'Argenteuil	41 982 $	42 990 $
Centre d'action bénévole Léonie Bélanger	50 847 $	52 067 $
Centre de bénévolat de Saint-Jérôme	43 481 $	44 525 $
Entraide bénévole des Pays-d'en-Haut	231 274 $	244 180 $
SOUS-TOTAL - Catégorie H	**405 120 $**	**422 199 $**
Catégorie J - PERSONNES AGÉES		
Atelier des Aînés de la M.R.C. Rivière-du-Nord	33 724 $	34 533 $
Mouvement d'entraide de Bellefeuille (M.E.B.)	51 084 $	53 679 $
SOUS-TOTAL - Catégorie J	**84 808 $**	**88 212 $**
Catégorie L - PERSONNES DÉMUNIES		
Café communautaire L'Entre-gens de Sainte-Adèle, comté Rousseau	92 608 $	99 831 $
Amie du quartier	100 220 $	107 443 $
Centre communautaire Ferme-Neuve	45 958 $	62 794 $
Centre de la famille du Grand Saint-Jérôme	142 972 $	150 403 $
Centre d'entraide d'Argenteuil	142 201 $	153 926 $
Centre d'entraide Racine-Lavoie	155 044 $	162 504 $
Centre d'entraide Thérèse-De Blainville	96 309 $	103 620 $
Comité d'aide alimentaire des Patriotes	36 701 $	49 810 $
Comptoir d'entraide de Labelle	19 735 $	21 209 $
Garde Manger des Pays-d'en-Haut/Partage Amitié	49 565 $	57 421 $
La rencontre de Sainte-Marguerite-du-Lac-Masson	45 759 $	56 357 $
La Maison d'entraide de Prévost	16 012 $	17 396 $
L'Écluse des Laurentides	208 181 $	214 177 $
Manne du jour	71 204 $	80 826 $
Moisson Laurentides	180 887 $	155 852 $
Ressources communautaires Sophie	- $	12 500 $
Resto pop Thérèse-De Blainville	35 030 $	43 096 $
Soupe populaire de la Vallée St-Sauveur	16 084 $	28 970 $
SOUS-TOTAL - Catégorie L	**1 454 470 $**	**1 578 135 $**

Catégorie	Versement total 2010-2011	Versement total 2011-2012
Catégorie N - ASSISTANCE ET ACCOMPAGNEMENT ET CENTRES D'ÉCOUTE TÉLÉPHONIQUE		
4 Korners Family Resource Center	35 030 $	48 971 $
SOUS-TOTAL - Catégorie N	**35 030 $**	**48 971 $**
Catégorie O - VIH - SIDA		
Centre Sida Amitié	296 430 $	297 234 $
SOUS-TOTAL - Catégorie O	**296 430 $**	**297 234 $**
Catégorie Q - CONCERTATION ET CONSULTATION GÉNÉRALE		
Regroupement des organismes communautaires des Laurentides	184 657 $	189 089 $
SOUS-TOTAL - Catégorie Q	**184 657 $**	**189 089 $**
Catégorie R - MAINTIEN À DOMICILE		
L'Action bénévole de la Rouge	54 816 $	55 809 $
Association des abeilles actives de Notre-Dame-du-Laus	16 530 $	16 895 $
Centre d'action bénévole Association Solidarité d'Argenteuil	229 395 $	234 501 $
Centre d'action bénévoles Laurentides	210 423 $	215 141 $
Centre d'action bénévole Léonie Bélanger	169 644 $	174 394 $
Centre d'action bénévole les artisans de l'aide	283 969 $	290 452 $
Centre d'action bénévole Solange-Beauchamp	289 350 $	295 962 $
Centre d'aide et de références de Sainte-Anne-des-Plaines	55 935 $	58 585 $
Centre de bénévolat de Saint-Jérôme	220 508 $	225 565 $
Comité de bénévolat Sainte-Anne-du-Lac	16 520 $	16 884 $
Comité de bénévolat pour s'entraider de Ferme-Neuve	16 419 $	16 773 $
Les Joyeux aînés macaziens	16 640 $	17 017 $
Société Alzheimer des Laurentides	123 948 $	110 426 $
SOUS-TOTAL - Catégorie R	**1 704 097 $**	**1 728 404 $**
Catégorie S - MAISONS D'HÉBERGEMENT POUR FEMMES VIOLENTÉES OU EN DIFFICULTÉ		
La Citad'elle de Lachute	681 069 $	697 415 $
Maison d'accueil Le Mitan	686 032 $	702 497 $
La Maison d'Ariane	696 345 $	713 057 $
L'Ombre-Elle, Maison d'hébergement pour femmes victimes de violence	684 482 $	700 910 $
Passe-R-Elle des Hautes Laurentides	663 170 $	679 086 $
SOUS-TOTAL - Catégorie S	**3 411 098 $**	**3 492 965 $**
Catégorie T - CENTRES DE FEMMES		
Le Carrefour des femmes du Grand Lachute	208 929 $	213 749 $
Le Centre de femmes Les Unes et les Autres	181 385 $	185 738 $
Centre de femmes Liber'elles	41 475 $	42 470 $
Centre Rayons de femmes Thérèse-De Blainville	181 385 $	185 738 $
La Colombe	182 110 $	188 538 $
La Mouvance centre de femmes	181 385 $	185 738 $
Signée femmes - le centre de femmes	183 475 $	188 578 $
SOUS-TOTAL - Catégorie T	**1 160 144 $**	**1 190 549 $**

Catégorie	Versement total 2010-2011	Versement total 2011-2012
Catégorie V - CENTRE D'AIDE ET DE LUTTE CONTRE LES AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL (CALACS)		
Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel Laurentides	433 205 $	440 193 $
L'Élan, centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel	275 359 $	279 107 $
SOUS-TOTAL - Catégorie V	**708 564 $**	**719 300 $**
Catégorie W - AGRESSIONS À CARACTÈRE SEXUEL		
Centre d'entraide et de traitement des agressions sexuelles (CETAS)	241 294 $	234 598 $
SOUS-TOTAL - Catégorie W	**241 294 $**	**234 598 $**
Catégorie X - AUTRES RESSOURCES POUR HOMMES		
A.C.C.R.O.C. Accueil collectif des conjoints en relation opprimante et colérique	226 832 $	216 465 $
Paix programme d'aide et d'intervention	167 390 $	171 167 $
SOUS-TOTAL - Catégories X	**394 222 $**	**387 632 $**
Catégorie Z - ORGANISMES DE JUSTICE ALTERNATIVE		
Mesures alternatives des Basses-Laurentides	416 494 $	426 490 $
Mesures alternatives des Vallées du Nord	435 653 $	444 061 $
SOUS-TOTAL - Catégorie Z	**852 147 $**	**870 551 $**
Catégorie 1 - MAISONS DE JEUNES		
Association des maisons de jeunes de Mirabel	92 724 $	94 949 $
Maison des jeunes de Mont-Laurier	121 647 $	124 567 $
Carrefour Jeunesse Desjardins	101 639 $	104 078 $
La Maison des jeunes de Blainville	100 169 $	102 573 $
La Maison des jeunes de Grenville et agglomération	93 808 $	94 831 $
La Maison des jeunes de Labelle	92 608 $	94 831 $
La Maison des jeunes d'Oka	92 608 $	94 831 $
L'Avenue 12-17	92 724 $	94 949 $
Univers Jeunesse Argenteuil	138 372 $	141 693 $
Maison des jeunes de Brownsburg	92 608 $	94 831 $
Maison des jeunes des Deux-Montagnes	99 862 $	102 259 $
Maison des jeunes de la Minerve	55 432 $	56 762 $
Maison des jeunes de la Vallée de la Rouge	111 660 $	114 340 $
La Maison des jeunes de Pointe-Calumet	92 608 $	94 831 $
La Maison des jeunes de Sainte-Agathe	100 225 $	102 630 $
Maison des jeunes de Sainte-Anne-des-Plaines	98 235 $	100 593 $
Maison des jeunes de Saint-Eustache, Entre-Ado	112 028 $	114 717 $
Maison des jeunes de Saint-Jovite	105 229 $	107 754 $
Maison des jeunes des Basses-Laurentides	141 502 $	144 898 $
Maison de jeunes Rivière-du-Nord	112 028 $	114 717 $
Maison des jeunes Sainte-Adèle	102 731 $	105 197 $
Maison des jeunes Sodarrid de Boisbriand	98 863 $	101 236 $
Maison des jeunes Saint-Sauveur - Piedmont inc.	55 430 $	56 760 $
SOUS-TOTAL - Catégorie 1	**2 304 740 $**	**2 358 827 $**

Catégorie	Versement total 2010-2011	Versement total 2011-2012
Catégorie 2 - AUTRES RESSOURCES JEUNESSE		
L'Antre Jeunes	148 451 $	152 014 $
Appartements supervisés Le Transit	28 523 $	29 208 $
Centre ressource jeunesse N.D.L.	47 145 $	48 276 $
Espace Laurentides	132 860 $	136 049 $
Les Grands Frères et Grandes Sœurs de la Porte du Nord	67 574 $	69 196 $
Parrainage civique Basses-Laurentides	37 504 $	38 404 $
SOUS-TOTAL - Catégorie 2	**462 057 $**	**473 147 $**
Catégorie 4 - CANCER		
Albatros 06-B inc.	16 247 $	16 608 $
Pallia-Vie service des soins palliatifs à domicile	167 118 $	170 853 $
SERCAN (service pour personnes atteintes d'un cancer)	73 983 $	75 516 $
SOUS-TOTAL - Catégorie 4	**257 348 $**	**262 977 $**
Catégorie 5 - SANTÉ PUBLIQUE		
Centre d'intervention en hortithérapie Les Serres de Clara	17 248 $	20 248 $
La Montagne d'Espoir	7 260 $	9 260 $
Objectif Partage	22 200 $	18 200 $
SOUS-TOTAL - Catégorie 5	**46 708 $**	**47 708 $**
Catégorie 6 - MAISONS D'HÉBERGEMENT COMMUNAUTAIRE JEUNESSE		
Accueil communautaire jeunesse Le Labyrinthe	274 761 $	281 355 $
Maison d'hébergement accueil communautaires jeunesse des Basses-Laurentides	340 411 $	348 581 $
Maison d'hébergement jeunesse La Parenthèse	333 103 $	341 097 $
La Maison d'hébergement Le Préfixe des Basses-Laurentides	308 901 $	316 315 $
La Maison Le Petit Patro des Basses-Laurentides	340 411 $	348 581 $
SOUS-TOTAL - Catégorie 6	**1 597 587 $**	**1 635 929 $**
Total - PSOC	22 014 723 $	22 603 531 $
Autres sources de financement par programmes spécifiques ou dédiés	383 695 $	613 567 $
GRAND TOTAL	**22 398 418 $**	**23 217 098 $**

États financiers

Rapport de la direction

Les états financiers de l'Agence de la santé et de services sociaux des Laurentides ont été dressés par la direction qui est responsable de leur préparation et de leur présentation fidèle, y compris les estimations et les jugements importants. Cette responsabilité comprend le choix des conventions comptables appropriées et qui respectent les normes comptables canadiennes pour le secteur public et les particularités prévues au Manuel de gestion financière édicté en vertu de l'article 477 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Les renseignements financiers contenus dans le reste du rapport annuel de gestion concordent avec l'information donnée dans les états financiers.

Pour s'acquitter de ses responsabilités, la direction maintient un système de contrôles internes qu'elle considère comme nécessaire en vue de fournir l'assurance raisonnable que les biens sont protégés et que les opérations sont comptabilisées correctement et en temps voulu, qu'elles sont dûment approuvées et qu'elles permettent la préparation d'états financiers exempts d'anomalies significatives, que celles-ci résultent de fraudes ou d'erreurs.

L'Agence reconnaît qu'elle est responsable de gérer ses affaires conformément aux lois et règlements qui la régissent.

Le conseil d'administration doit surveiller la façon dont la direction s'acquitte des responsabilités qui lui incombent en matière d'information financière et il a approuvé les états financiers. Il est assisté dans ses responsabilités par le comité de vérification. Ce comité rencontre la direction et l'auditeur, examine les états financiers et en recommande l'approbation au conseil d'administration.

La firme Rocheleau Labranche et Associés, CA Inc. a procédé à l'audit des états financiers de l'Agence, conformément aux normes d'audit généralement reconnues du Canada et son rapport de l'auditeur expose l'étendue et la nature de cet audit et l'expression de son opinion. La firme Rocheleau Labranche et Associés, CA Inc. peut, sans aucune restriction, rencontrer le comité de vérification pour discuter de tout élément qui concerne son audit.

Marc Fortin,
président-directeur général

Chantal Huguerot,
directrice des ressources financières

Rapport des vérificateurs

SOCIÉTÉ PAR ACTIONS DE COMPTABLES AGRÉÉS
ROCHELEAU LABRANCHE
ET ASSOCIÉS, CA INC.

RAPPORT DE L'AUDITEUR INDÉPENDANT SUR LES ÉTATS FINANCIERS RÉSUMÉS

Aux membres du conseil d'administration de
Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides

Les états financiers résumés présentés dans le rapport annuel d'activités de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides, qui comprennent les bilans résumés des fonds d'exploitation, des activités régionalisées, d'immobilisations et affectés cumulés au 31 mars 2012, ainsi que les états résumés des résultats et des soldes de fonds des mêmes fonds et ceux du fonds affecté des services préhospitaliers d'urgence et transport d'usagers entre établissements et l'état d'allocation de l'enveloppe régionale des crédits 2011-2012, sont tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides pour l'exercice clos le 31 mars 2012. Ni ces états financiers ni les états financiers résumés ne reflètent les incidences d'événements survenus après la date de notre rapport sur ces états financiers. Nous avons exprimé une opinion avec réserves sur ces états financiers dans notre rapport daté du 14 juin 2012 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités préparés à partir des états financiers audités pour l'exercice clos le 31 mars 2012 conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, «Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides pour l'exercice clos le 31 mars 2012 constituent un résumé fidèle de ces états financiers. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides pour l'exercice clos le 31 mars 2012.

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserves formulées dans notre rapport daté du 14 juin 2012. Notre opinion avec réserves est fondée sur le fait que, comme mentionné à la note 4, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance ne sont pas comptabilisés aux bilans totaux, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. L'impact n'a pu être déterminé car l'information n'est pas disponible au niveau de l'Agence. De plus, les immeubles loués auprès de la Corporation d'hébergement du Québec sont comptabilisés comme une location-exploitation au lieu d'une location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation numéro 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public, comme mentionné à la note 4. L'impact de la non-comptabilisation au fonds d'immobilisations sur l'actif, le passif, le solde de fonds et les résultats n'a pu être déterminé au prix d'un effort raisonnable. Notre opinion avec réserves indique que, à l'exception des incidences des problèmes décrits, les états financiers donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides au 31 mars 2012, ainsi que des résultats de ses activités et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Rochelaw Lalonde et Associés, CA inc.[1]

Laval, le 2 août 2012

[1] Par Guy Godin, CPA auditeur, CA

États financiers

État des résultats du Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2012

	Activités principales		Activités accessoires	
	Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
Revenus				
Subventions MSSS :				
- Budget signifie	10 257 673 $	10 474 273 $	86 251 $	13 500 $
- (Diminution) ou augmentation du financement	1 329 399	1 312 283	-	-
- Variation des revenus reportés - MSSS	(56 321)	99 894	17 457	18 595
- Variation de la subvention à recevoir à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	-	6 665	-	-
Total	11 530 751	11 893 115	103 708	32 095
Revenus de placements	26 513	20 579	305	259
Revenus d'autres sources :				
- Ventes de services et recouvrements	527 663	351 682	348 638	338 885
- Subventions Gouvernement du Canada	-	-	-	-
- Autres revenus	191 776	401 287	0	42
Total des revenus	12 276 703	12 666 663	452 651	371 281
CHARGES				
Salaires	5 944 022	6 196 391	258 910	261 901
Avantages sociaux	2 175 258	1 492 042	62 704	64 488
Charges sociales	803 914	777 140	21 969	28 768
Frais de déplacement et de représentation et dépenses C.A. (act. princ.)	135 248	157 332	4 871	6 018
Services achetés	424 979	488 034	100 343	5 100
Publicitéet communication	181 003	199 579	170	180
Loyer	2 526 945	2 436 688	-	-
Location d'équipement	36 450	22 623	-	-
Fournitures de bureau	94 513	166 802	-	-
Dépenses de transfert	27 028	60 000	-	-
Créances douteuses	-	-	-	-
Autres charges	118 726	200 210	2 115	1 872
Total des charges	12 468 086	12 196 841	451 082	368 327
EXCÉDENT (DÉFICIT)	(191 383) $	469 822 $	1 569 $	2 954 $
Renseignement à titre informatif seulement Contributions de l'avoir-propre et interfonds :				
En provenance de l'avoir-propre (+)	491 766 $	- $	- $	- $
En provenance de fonds affectés (+)	22 436	18 565	-	-
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	211 639	131 921	-	-
En provenance du fonds de stationnement (+)	-	-	-	-
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	(521 322)	(332 171)	-	(2 592)
Affectées à d'autres fonds (-)	(13 136)	(61 557)	-	-
Excédent après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	- $	226 580 $	1 569 $	362 $

État des résultats des Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2012

	Exercice courant	Exercice précédent
Revenus		
Crédits régionaux destinés aux établissements	3 925 881 $	3 235 412 $
Variation des revenus reportés - MSSS	(382 097)	(978)
Variation de la subvention à recevoir relative à la provision à payer liée aux congés de maladie et de vacances	-	-
Contributions des établissements	168 338	
Revenus de placements	17 515	17 293
Revenus d'autres sources :		
- Ventes de services et recouvrements	530 098	641 588
- Subventions Gouvernement du Canada	-	-
- Autres revenus	1 100 487	1 247 947
Total des revenus	5 360 222	5 141 262
CHARGES		
Salaires	1 674 427	1 487 826
Avantages sociaux	449 766	372 057
Charges sociales - Fonds des services de santé (FSS)	86 469	78 785
Charges sociales - Autres	138 094	127 534
Frais de déplacement et de représentation	96 368	146 904
Services achetés	1 821 726	2 013 251
Publicité et communication	98 844	93 746
Loyer	-	-
Location d'équipement	-	-
Fournitures de bureau	67 433	45 734
Autres charges	781 011	870 298
Total des charges	5 214 138	5 236 135
EXCÉDENT (DÉFICIT)	146 084 $	(94 873) $
Renseignement à titre informatif seulement		
Contributions de l'avoir-propre et interfonds		
En provenance du fonds d'exploitation (+)	13 136 $	56 545 $
En provenance du fonds des activités régionalisées (+)	56 622	75 112
En provenance de fonds affectés (+)	42 139	43 663
Affectés au fonds d'exploitation (-)	(211 639)	(191 921)
Affectés au fonds des activités régionalisées (-)	(56 622)	(75 112)
Affectées au fonds d'immobilisations (-)	(40 257)	(29 751)
Excédent (Déficit) après contributions de l'avoir-propre et interfonds	(50 537) $	(216 337) $

État des résultats du Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2012

	Exercice courant	Exercice précédent
Revenus		
Ministère de la santé et des services sociaux :		
- Subvention pour le remboursement de la dette-capital	846 675 $	(713 338) $
- Subvention pour le remboursement de la dette-intérêt	1 627 403	1 900 771
Revenus de placements	-	-
Gain sur disposition d'immobilisations	77 034	-
Autres revenus	-	26 139
Total des revenus	2 551 112	1 213 572
CHARGES		
Frais financiers :		
- Intérêts sur emprunts temporaires et sur la dette	1 643 802	1 891 414
- Amortissement de la prime ou escompte sur la dette	-	-
- Amortissement des frais d'émission et de gestion liés aux dettes	1 773	-
Dépenses d'immobilisations non capitalisables	1 034 039	271 803
Amortissement des immobilisations	488 503	645 398
Perte sur disposition d'immobilsations	-	183 596
Autres charges	-	-
Total des charges	3 168 117	2 992 211
EXCÉDENT (DÉFICIT)	(617 005) $	(1 778 639) $

Renseignements à titre informatif seulement: Contributions

Contributions en provenance du :		
- Fonds d'exploitation - activités principales (+)	521 322 $	332 171 $
- Fonds d'exploitation - activités accessoires complémentaires (+)	-	2 592
- Fonds des activités régionalisées (+)	40 257	29 751
- De fonds affectés (+)	55 426	843 879
Contributions affectées à d'autres fonds (-)	-	757
Excédent après contributions provenant ou affectées à d'autres fonds	- $	(569 489) $

État du solde de fonds du Fonds d'exploitation

Exercice terminé le 31 mars 2012

	Activités principales	Avoir propre	Total
SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT DE L'EXERCICE	605 771 $	385 746 $	991 517 $
Additions (déductions)			
ACTIVITÉS PRINCIPALES :			
Excédent de l'exercice des activités principales (avant les contributions interfonds et de l'avoir-propre)		(191 383)	(191 383)
Transferts interfonds (provenance) :			
- Contributions de fonds affectés (+)		22 436	22 436
- Contributions de fonds des activités régionalisées (+)		211 639	211 639
Transferts interfonds (affectations) :			
- Contributions au fonds d'immobilisations (-)		(521 322)	(521 322)
- Contributions à d'autres fonds (-)		(13 136)	(13 136)
Excédent (Déficit) après contributions en provenance ou affectées à d'autres fonds		(491 766)	(491 766)
ACTIVITÉS ACCESSOIRES :			
Excédent de l'exercice	-	1 569	1 569
AUTRES ÉLÉMENTS :			
Libération de surplus	(605 771)	605 771	-
Autres additions	-	-	-
Variation de l'exercice	(605 771)	115 574	(490 197)
Redressements demandés par le MSSS			
SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN	- $	501 320 $	501 320 $

État du solde de fonds du Fonds d'immobilisations et du Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2012

	Fonds d'immobilisations	Fonds des activités régionalisées
SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT	- $	1 911 060 $
Additions (déductions)		
Excédent (déficit) de l'exercice (avant les contributions interfonds et de l'avoir-propre	(617 005)	146 084
Transferts interfonds (provenance) :		
- Contributions du fonds d'exploitation (+)	521 322	13 136
- Contributions des activités régionalisées (+)	40 257	56 622
- Contributions de fonds affectés (+)	55 426	42 139
Transferts interfonds (affectations) :		
- Contributions au fonds d'exploitation (-)	-	(211 639)
- Contributions au fonds des activités réginalisées (-)	-	(56 622)
- Contributions au fonds d'immobilisations (-)	-	(40 257)
Autres transferts interfonds	-	(23 320)
Variation de l'exercice	-	(73 857)
SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN	- $	1 837 203 $

Bilan du Fonds d'exploitation et du Fonds des activités régionalisées

Exercice terminé le 31 mars 2012

	Fonds d'exploitation		Fonds des activités régionalisées	
	Exercice courant	Exercice précédent	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF				
À court terme				
Encaisse	1 693 074 $	1 813 286 $	2 189 775 $	1 739 724 $
Débiteurs :				
- M.S.S.S.	283 823	324 379	251 995	205 372
- Établissements publics	51 544	-	183 926	213 055
- Gouvernement du Canada	122	-	5 555	-
- Fonds d'exploitation	-	-	-	-
- Fonds des activités régionalisés	-	-	-	-
- Autres débiteurs	380 423	609 364	42 866	218 080
Charges payées d'avance	12 622	16 595	99 905	109 696
Autres éléments	75 580	83 626	55 542	55 181
Total - Actif à court terme	2 497 188	2 847 250	2 829 564	2 541 108
À long terme				
Subvention à recevoir - provision pour vacances et congés de maladie	767 208	767 208	122 847	122 847
TOTAL DE L'ACTIF	3 264 396 $	3 614 458 $	2 952 411 $	2 663 955 $
PASSIF				
À court terme				
Découvert de banque	- $	- $	11 243 $	- $
Autres créditeurs et autres charges à payer :				
- MSSS	-	-	-	-
- Établissements publics	-	433	57 308	131 189
- Fonds d'exploitation	-	-	-	-
- Fonds des activités régionalisés	-	-	-	-
- Fonds affectés	-	-	-	-
- Salaires courus à payer	715 853	774 529	-	-
- Fonds de services de santé (FSS) à payer	9 810	-		
- Autres créditeurs	125 091	861 099	301 972	227 610
Autres revenus reportés	112 712	73 848	535 411	186 314
Provision pour vacances et congés de maladies	1 014 134	857 071	178 411	165 956
Autres éléments	785 476	55 961	30 863	41 828
Total – Passif à court terme	2 763 076	2 622 941	1 115 208	752 897
À long terme				
TOTAL DU PASSIF	2 763 076	2 622 941	1 115 208	752 897
SOLDE DE FONDS	501 320	991 517	1 837 203	1 911 058
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	3 264 396 $	3 614 458 $	2 952 411 $	2 663 955 $

Bilan du Fonds d'immobilisations

Exercice terminé le 31 mars 2012

	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	65 343 $	114 580 $
Avances de fonds aux établissements publics	23 175 989	16 310 959
Débiteurs MSSS	200 438	430 184
Autres débiteurs	2 142	95 635
À long terme		
Immobilisations	2 390 142	2 024 495
Subvention à recevoir (perçue d'avance) - écart de financement - réforme comptable	31 064 730	34 449 364
Frais reportés liés aux dettes	30 140	-
TOTAL DE L'ACTIF	56 928 924 $	53 425 217 $
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	- $	- $
Emprunts temporaires	23 520 775	16 458 858
Intérêts courus à payer :	387 383	430 184
Provision pour vacances et congés de maladies	7 297	7 391
Autres éléments	28 698	80 107
À long terme		
Dette à long terme	32 984 771	36 448 677
TOTAL DU PASSIF	56 928 924	53 425 217
SOLDE DE FONDS	-	-
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	56 928 924 $	53 425 217 $

Bilan des Fonds affectés cumulés

	Exercice terminé le 31 mars 2012	
	Exercice courant	Exercice précédent
ACTIF		
À court terme		
Encaisse	2 800 622 $	2 500 014 $
Débiteurs :		
- M.S.S.S.	1 726 966	2 312 675
- FINESSS	28 177	-
- Établissements publics	8 604	35 602
- Fonds d'exploitation	-	-
- Autres débiteurs	25 339	165 533
Charges payées d'avance	620	629
Autres éléments	64 591	17 982
Total - Actif à court terme	4 654 919	5 032 435
À long terme		
Subvention à recevoir - provision vacances et congés maladie	36 408	36 408
TOTAL DE L'ACTIF	4 691 327 $	5 068 843 $
PASSIF		
À court terme		
Découvert de banque	991 $	- $
Emprunts de banque	-	-
Intérêts courus à payer :	-	-
Créditeurs et charges à payer :	-	-
- Établissements publics	529 799 $	163 347 $
- Salaires courus à payer	-	-
- Autres créditeurs	1 736 671	402 983
Revenus reportés MSSS et Crédits régionaux	150 139	25 853
Autres revenus reportés	-	-
Provision pour vacances et congés maladie	60 370	47 395
Autres éléments	4 154	2 048 543
TOTAL DU PASSIF	2 482 124	2 688 121
SOLDE DE FONDS	2 209 203	2 380 722
TOTAL DU PASSIF ET DU SOLDE DE FONDS	4 691 327 $	5 068 843 $

État des résultats des Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2012

	Exercice courant	Exercice précédent
REVENUS		
MSSS	28 846 709 $	31 298 244 $
Crédits régionaux	70 362	68 773
Variation des revenus reportés - MSSS et Crédits régionaux	(124 286)	(25 853)
Variation de la subvention à recevoir - Réforme comptable - variation de la provision pour vacances et congés de maladie	-	-
FINESSS	4 657 648	-
Revenus de placements	44 004	36 927
Revenus d'autres sources :		
- Subventions du Gouvernement du Canada	-	-
- Autres revenus	6 576 923	6 341 690
Total des REVENUS	40 071 360	37 719 781
CHARGES		
Dépenses de transfert	39 511 473	1 909 508
Charges d'exploitation :		
- Salaires	199 760	21 806
- Avantages sociaux	26 076	58 561
- Charges sociales - Fonds de services de santé (FSS)	2 258	-
- Charges sociales - Autres	4 761	9 980
- Frais de déplacement et de représentation		1 854
- Services achetés	193 003	155 586
- Location d'équipement	-	3
- Fournitures de bureau	27 424	22 447
Autres charges	185 280	34 199 087
Total des charges	40 150 035	36 378 832
EXCÉDENT (DÉFICIT)	(78 675) $	1 340 949 $

Solde de fonds des Fonds affectés cumulés

Exercice terminé le 31 mars 2012

	Exercice courant	Exercice précédent
SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT	2 380 722 $	1 941 626 $
Additions (déductions)		
Excédent (Déficit) de l'exercice	(78 675)	1 340 949
Transferts interfonds (provenance) :		
- Contributions du fonds d'exploitation (+)	-	236
- Contributions des activités régionalisées (+)	-	-
- Contributions de fonds affectés (+)	-	-
Transferts interfonds (affectations) :		
- Contributions au fonds des activités régionalisées (+)	(42 139)	(43 663)
- Contributions au fonds d'immobilisations (-)	(55 426)	(843 879)
Transferts interfonds	(22 436)	(14 547)
Autres additions (déductions)	27 157	-
Variation de l'exercice	(171 519)	439 096
SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN	2 209 203 $	2 380 722 $

État des résultats et solde de fonds du Fonds affecté des Services préhospitaliers d'urgence et transport d'usagers entre établissements

Exercice terminé le 31 mars 2012

	Exercice courant	Exercice précédent
REVENUS		
MSSS	28 517 885 $	26 684 964 $
Crédits régionaux	70 362	68 773
Variations des revenus reportés - MSSS et Crédits régionaux	(124 286)	(25 853)
Revenus autonomes	6 531 451	6 270 151
Revenus de placements	15 286	16 938
Autres revenus :		
- Autres	45 472	57 139
Total des revenus	35 056 170	33 072 112
CHARGES		
Contrats minimaux de services d'ambulance	30 154 680	27 751 722
Particularités régionales	99 590	97 515
Éléments rectifiables	655 801	506 272
Centre de communication santé	3 228 176	1 485 642
Formation	362 555	352 196
Assurance qualité	108 973	119 119
Allocation de retraite	30 149	117 622
Médicaments	28 214	34 625
Attribution à des établissements : hausse des coûts de transport	-	-
Ajustements des années antérieures	-	1 083 227
Premiers répondants	23 628	31 933
Déplacement des usagers	109 699	116 337
Charges d'exploitation :		
- Salaires	26 473	21 806
- Avantages sociaux	26 076	58 561
- Charges sociales - FSS	2 258	-
- Charges sociales	3 845	9 207
- Frais de déplacement et d'e représentation	-	-
- Services achetés	54 670	50 786
- Fournitures de bureau	27 424	22 447
Autres charges	138 701	206 161
Total des charges	35 080 912	32 065 178
EXCÉDENT (DÉFICIT)	(24 742) $	1 006 934 $
SOLDE DE FONDS		
SOLDE CRÉDITEUR AU DÉBUT	429 842 $	281 365 $
Additions (déductions)		
Excédent (Déficit) de l'exercice	(24 742)	1 006 934
Contributions au fonds d'immobilisations (-)	(55 426)	(843 879)
Autres transferts interfonds	(22 436)	(14 578)
SOLDE CRÉDITEUR À LA FIN	327 238 $	429 842 $

Nom de l'agence	Code
Agence de de la santé et des services sociaux des Laurentides	1466-5277

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2012

NOTE 1 - RÉSULTATS

En prenant en considération la contribution de l'avoir propre de 491 766 $, le résultat des opérations des ACTIVITÉS PRINCIPALES est en équilibre.

Le résultat des opérations des ACTIVITÉS ACCESSOIRES se solde par un excédent des produits sur les charges au montant de 1 569 $ et est imputé à l'avoir propre.

NOTE 2 - STATUT ET NATURE DES OPÉRATIONS

L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides ("Agence") a été constituée le 1er janvier 2006 en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives* (2005, chapitre 32). Elle a principalement pour objet d'exercer les fonctions nécessaires à la coordination de la mise en place des services de santé et des services sociaux de sa région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés.

En vertu des lois fédérale et provinciale de l'impôt sur le revenu, l'Agence n'est pas assujettie aux impôts sur le revenu.

NOTE 3 – MODIFICATIONS DE CONVENTIONS COMPTABLES

Modifications comptables

Dans les exercices passés, les données comparatives incluses aux états financiers n'étaient pas retraitées pour considérer l'impact des modifications comptables autres que les révisions d'estimations comptables adoptées au cours de l'exercice. Dorénavant, les exercices antérieurs sont redressés lorsque l'information nécessaire pour ce faire peut être établie au prix d'un effort raisonnable.

Subvention à recevoir sur les dettes financées par le gouvernement - réforme comptable

La subvention à recevoir - réforme comptable fait l'objet d'estimations comptables. Au cours de l'exercice, la méthode utilisée a été révisée relativement à la subvention à recevoir pour le financement des immobilisations.

Cette modification comptable appliquée prospectivement a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants:

	2012
Subventions à recevoir - Immobilisations - Écart de financement - Réforme comptable	(3 772 017 $)
Subventions - Gouvernement du Québec	(3 772 017 $)
Surplus (déficit) de l'exercice	(3 772 017 $)

Avantages sociaux futurs

Dans le passé, les passifs afférents aux obligations envers les hors-cadres du réseau de la santé et des services soicaux pour l'ancienne indemnité de départ n'étaient pas inscrits aux états financiers.

À compter de l'exercice 2011-2012, les passifs reliés aux obligations relatives à l'allocation d'attraction et de rétention à verser à certains hors-cadres qui la remplace sont comptabilisés.

Cette modification comptable appliquée prospectivement étant donné que l'impact sur les exercices antérieurs est considéré comme étant négligeable. Elle a pour effet d'augmenter (diminuer) les postes suivants:

	2012
Autres créditeurs et autres charges à payer	131 141 $
Salaires, avantages sociaux et charges sociales	131 141 $

Nom de l'agence	Code
Agence de de la santé et des services sociaux des Laurentides	1466-5277

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2012

NOTE 4 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES

Ce rapport financier annuel est établi conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public, à l'exception des normes suivantes :

- Les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et en assurance-salaire ne sont pas comptabilisés au bilan du fonds d'exploitation, ni aux bilans totaux, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public;

- Les immeubles loués en vertu de contrats auprès de la Société immobilière du Québec (S.I.Q.) sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation au lieu de contrats de location-acquisition, ce qui n'est pas conforme à la note d'orientation 2 des Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Utilisation d'estimations

La préparation du rapport financier annuel exige que la direction de l'Agence ait recours à des estimations et à des hypothèses. Ces dernières ont une incidence à l'égard de la comptabilisation des actifs et des passifs, de la présentation des actifs et passifs éventuels à la date des états financiers et de la comptabilisation des produits et des charges au cours de la période visée par le rapport financier annuel. Les résultats réels peuvent différer des meilleures prévisions faites par la direction.

Exercice financier

Conformément aux dispositions de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, l'exercice financier de l'Agence s'étend du 1er avril au 31 mars.

Cependant, l'exercice financier du Fonds de santé au travail regroupant les activités que doit assurer l'Agence aux fins de l'application des programmes de santé au travail visés par le chapitre VIII de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, ne couvre pas la même période.

Comptabilité d'exercice

La comptabilité d'exercice est utilisée tant pour l'information financière que pour les données quantitatives non financières.

Comptabilité par fonds

L'Agence suit les principes de la comptabilité par fonds. Les fonds suivants apparaissent aux états financiers de l'Agence et présentent donc une importance particulière :

i) Le fonds d'exploitation regroupe les opérations courantes de fonctionnement (activités principales et accessoires)

Notes aux états financiers | Exercice terminé le 31 mars 2012

NOTE 4 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Comptabilité par fonds (suite)

ii) Le fonds d'immobilisations regroupe les opérations relatives aux actifs immobilisés, aux dettes à court et à long terme, à tout autre mode de financement s'y rattachant. Les immobilisations acquises pour les activités régionalisées, pour les activités des fonds affectés de l'Agence et pour des établissements privés admissibles sont inscrites directement au fonds d'immobilisations de l'Agence. De plus, les dépenses non capitalisables financées par les enveloppes décentralisées sont présentées aux résultats du fonds d'immobilisations;

iii) Le fonds des activités régionalisées regroupe les opérations de l'Agence relatives à sa fonction de représentant d'établissements ou à tout autre fonction et activité à portée régionale confiée par les établissements et qu'elle assume dans les limites de ses pouvoirs. Le financement de ces opérations est assuré principalement à partir de crédits normalement destinés aux établissements et gérés sur une base régionale et par les établissements concernés;

iv) Les fonds affectés sont constitués de subventions reliées à des programmes ou services précisément définis et confiés à l'Agence. Cette dernière a le mandat d'assurer les activités reliées aux programmes ou services pour lesquels ces subventions sont octroyées;

v) Le Fonds de santé au travail, présenté à la section 600 du rapport financier annuel, regroupe les activités reliées à la mise en application des programmes de santé au travail élaborés par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Ces programmes visent à maintenir et à promouvoir la santé en milieu de travail. Le financement du fonds est constitué des subventions de la Commission de la santé et de la sécurité au travail et les activités sont réalisées par l'équipe régionale et les équipes locales.

Dans le contexte de la consolidation, afin d'éviter la comptabilisation en double des revenus et des dépenses, les transferts de et à un autre fonds sont comptabilisés directement au solde de fonds des fonds concernés.

Dans le cas du fonds d'exploitation, du fonds des activités régionalisées et du fonds d'immobilisations, ils sont toutefois tenus en compte pour fins de présentation à l'état des résultats de manière à démontrer les résultats avant et après les transferts. Par la suite, ils sont présentés au solde du fonds des fonds concernés.

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec

Les montants reçus pour pourvoir au remboursement des dettes subventionnées à leur échéance sont comptabilisés aux résultats du fonds d'immobilisations. Il en est de même pour les remboursements qui sont effectués directement aux créanciers par le ministère des Finances du Québec.

Notes aux états financiers | Exercice terminé le 31 mars 2012

NOTE 4 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Dettes subventionnées par le gouvernement du Québec (suite)

De plus, est comptabilisé aux revenus de l'exercice du fonds d'immobilisations, l'ajustement annuel de la subvention à recevoir ou perçue d'avance concernant le financement des immobilisations.

Classification des activités

La classification des activités du fonds d'exploitation de l'Agence tient compte des services qu'elle peut fournir dans la limite de ses objets et pouvoirs et de ses sources de financement. Les activités sont classées en deux groupes :

Activités principales

Les activités principales comprennent les opérations qui découlent de la prestation des services que l'Agence est appelée à fournir et qui sont essentielles à la réalisation de sa mission dans le cadre de son budget de fonctionnement approuvé par le M.S.S.S.

Activités accessoires

Les activités accessoires comprennent les services que l'Agence exerce dans la limite de ses pouvoirs en sus de la prestation de services qu'elle est appelée à fournir.

Centres d'activités

En complément de la présentation de l'état des résultats par nature des charges, les charges engagées par l'Agence dans le cadre du fonds d'exploitation et du fonds des activités régionalisées sont regroupées dans des centres d'activités. Chacun de ceux-ci est une entité regroupant des charges relatives à des activités ayant des caractéristiques et des objectifs similaires eu égard aux services rendus par l'Agence.

Subdivision des activités accessoires

Les activités accessoires se subdivisent en activités complémentaires et de type commercial.

Les activités accessoires complémentaires sont celles qui n'ont pas trait à la prestation de services reliés à la mission de l'Agence. Elles peuvent toutefois constituer un apport au réseau de la santé et des services sociaux. Les fonds nécessaires à l'autofinancement de ces opérations proviennent d'autres ministères, de régies gouvernementales, d'organismes publics, etc. Parmi les activités les plus courantes, on retrouve l'enseignement médical, la recherche et la santé au travail.

Les activités accessoires de type commercial regroupent toutes les opérations de nature commerciale, non reliées directement à l'exercice des fonctions confiées aux agences.

Immobilisations corporelles

Les immobilisations corporelles sont des actifs non financiers qui sont acquis, construits, développés ou améliorés, dont la durée de vie utile s'étend au-delà de l'année financière et qui sont destinés à être utilisés de façon durable pour la production des biens ou la prestation de services.

Le coût comprend les frais financiers capitalisés pendant la période de construction, d'amélioration ou de développement. Les immobilisations en cours de construction, en développement ou en mise en valeur ne font pas l'objet d'amortissement avant leur mise en service.

Notes aux états financiers | Exercice terminé le 31 mars 2012

NOTE 4 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Immobilisations corporelles (suite)

Les immobilisations corporelles de l'Agence et des établissements privés conventionnés sont comptabilisées au coût et sont amorties selon la méthode linéaire sur une période correspondant à leur durée de vie utile respective :

Améliorations locatives	Durée restante du bail (10 ans)
Améliorations locatives - ÉPC	Durée restante du bail (15 ans)
Équipement informatique	3 ans
Équipement de communication multimédia	5 ans
Mobilier et équipement	5 ans
Ameublement de chambre	25 ans
Autres mobiliers, équipement médical et de transport	12 ans
Développement informatique	5 ans
Réseau de télécommunication	10 ans

Bien loués en vertu d'un contrat de location-acquisition

Les contrats de location auxquels l'Agence est partie à titre de preneur et qui lui transfèrent la quasi-totalité des avantages et des risques liés à la propriété, sont comptabilisés comme des contrats de location-acquisition et sont inclus dans les immobilisations et la dette à long terme, et ce, depuis le 1er avril 2003. Le coût comptabilisé des biens loués en vertu de contrats de location-acquisition représente la valeur actualisée des paiements minimums exigibles en vertu du bail. Ceux-ci sont amortis selon la méthode linéaire sur la durée du bail.

Tous les autres contrats de location sont comptabilisés comme des contrats de location-exploitation et les coûts de location qui en découlent sont inscrits comme charges dans l'exercice où ils surviennent.

Avoir propre

L'avoir propre est constitué des résultats des activités accessoires et de la partie de l'excédent des produits sur les charges des activités principales des exercices précédents, libérée par le Ministère. Lorsque les résultats des activités principales se soldent par un excédent des charges sur les produits, ce montant est imputé en totalité à l'avoir propre. L'avoir propre d'une agence ne peut être utilisé que pour les fins de la réalisation de la mission qu'elle exploite (article 269.1 de la loi). Par ailleurs, l'utilisation de l'avoir propre ne doit pas avoir pour effet de rendre le solde de cet avoir déficitaire.

Revenus et revenus reportés autres qu'immobilisations

L'Agence comptabilise en fin d'exercice des revenus reportés à des activités spécifiques bien identifiées, pour lesquelles les revenus sont approuvés à ces fins, mais pour lesquels les dépenses et les services correspondants demeurent à réaliser et dont le financement ne sera pas autrement pourvu :

i) Pour les sommes en provenance d'une entité faisant partie du périmètre comptable du gouvernement (établissements publics, M.S.S.S., etc., *Manuel* de l'I.C.C.A., chapitre SP 3410) :

NOTE 4 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Revenus et revenus reportés autres qu'immobilisations (suite)

Ces sommes, dont le budget de fonctionnement, sont constatées et comptabilisées aux revenus dans l'année financière au cours de laquelle surviennent les faits qui leur donnent lieu, dans la mesure où ils sont autorisés, les critères d'admissibilité sont rencontrés (s'il en est) et une estimation raisonnable des montants en cause est possible.

Les sommes reçues ou à recevoir concernant des revenus qui seront gagnés dans une année ultérieure peuvent faire l'objet d'un revenu reporté que dans le cas où les sommes doivent être affectées à des fins prescrites et que pour des dépenses qui seront assumées, pour ces fins, dans le futur.

Lorsque les fins spécifiées sont remplies, la comptabilisation d'un revenu reporté n'est généralement plus permise. Toutefois, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, la comptabilisation d'un revenu reporté pourrait être possible si les faits donnant lieu au transfert ne sont pas survenus. C'est le cas lorsque la nouvelle entente prévoit les fins pour lesquelles les sommes restantes doivent être utilisées.

ii) Pour les sommes en provenance d'une entité hors du périmètre comptable du gouvernement (*Manuel* de l'I.C.C.A., chapitre SP 3100) :

Ces sommes sont constatées et comptabilisées comme revenus dans l'exercice au cours duquel elles sont utilisées aux fins prescrites en vertu d'une entente (nature de la dépense, utilisation prévue ou période pendant laquelle les dépenses devront être engagées). Les sommes reçues avant qu'elles soient utilisées doivent être présentées à titre de revenus reportés jusqu'à ce que lesdites sommes soient utilisées aux fins prescrites dans l'entente.

Lorsque les sommes reçues excèdent les coûts de la réalisation du projet ou de l'activités, selon les fins prescrites à l'entente, cet excédent doit être inscrit comme revenu dans l'exercice au cours duquel le projet ou l'activité est terminé, sauf si l'entente prévoit l'utilisation du solde, le cas échéant, à d'autres fins prescrites. De même, si une nouvelle entente écrite est conclue entre les parties, il est possible de comptabiliser un revenu reporté, si cette entente prévoit les fins pour lesquelles le solde doit être utilisé.

Pour le fonds des activités régionalisées, sont reportés les revenus spécifiques pour des activités qui se réaliseront au cours de l'exercice subséquent.

Pour les fonds affectés, les subventions reportées ne peuvent découler que des situations suivantes :

a) Subvention spécifiquement identifiée dans un document provenant du Ministère comme étant accordée en tout ou en partie à un exercice financier futur;

b) Subvention reçue en fin d'exercice financier (trois derniers mois de l'exercice) ou au début de l'exercice financier subséquent et dont la réallocation ne peut être effectuée qu'au cours de l'exercice subséquent;

c) Subvention accordée pour la première année à un fonds affecté pour des activités dont la programmation n'a pu être déterminée dans l'année;

d) Subvention à redistribuer aux autres agences et dont la répartition n'est pas connue au 31 mars.

Nom de l'agence	Code
Agence de de la santé et des services sociaux des Laurentides	1466-5277

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2012

NOTE 4 - PRINCIPALES CONVENTIONS COMPTABLES (suite)

Revenus d'intérêts

Les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements font partie intégrante de chacun des fonds et, dans le cas spécifique du fonds d'exploitation, sont répartis entre les activités principales et les activités accessoires. Dans le cas d'un prêt interfonds, les intérêts gagnés sur l'encaisse et les placements, réalisés à partir d'un solde prêté, appartiennent au fonds prêteur.

Emprunts et frais d'émission et d'escompte sur obligations

Les emprunts sont comptabilisés au montant encaissé lors de l'émission et ils sont ajustés annuellement de l'amortissement de l'escompte ou de la prime pour atteindre le montant de capital à rembourser à l'échéance. Cet amortissement est calculé selon le taux effectif de chaque emprunt.

Les frais d'émission liés aux emprunts sont comptabilisés à titre de frais reportés et amortis sur la durée de chaque emprunt selon la méthode linéaire.

Le solde non amorti de l'escompte et des frais d'émission est inclus aux frais reportés liés aux dettes alors que le solde non amorti de la prime est présenté à titre de revenu reporté.

Régimes de retraite

La comptabilité des régimes à cotisations déterminées est appliquée aux régimes interentreprises à prestations déterminées gouvernementaux compte tenu que l'Agence ne dispose pas d'informations suffisantes pour appliquer la comptabilité des régimes à prestations déterminées.

NOTE 5 - EMPRUNT BANCAIRE

Au 31 mars 2012, l'Agence dispose de marges de crédit bancaires autorisées de 98 091 497 $ au fonds d'immobilisations dont 74 570 722 $ ne sont pas utilisés au 31 mars 2012. Ces crédits portent intérêts au taux des acceptations bancaires d'un mois d'échéance majoré de 0,30 %. Les conventions de crédit sont renégociables en avril 2012.

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2012

NOTE 6 - DETTE À LONG TERME

La dette à long terme du fonds d'immobilisations est destinée à financer les enveloppes décentralisées d'immobilisations et d'équipements et est payable à Financement-Québec.

	2012	2011
Marge de crédit d'un montant autorisé de 51 000 000 $, portant intérêts au taux des acceptations bancaires d'un mois majoré de 0,05 %, échéant en mars 2023	743 290 $	389 137 $
Emprunt, portant intérêts au taux de 5,94 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 460 263 $, échu en septembre 2011 (1)		3 998 507
Emprunt, portant intérêts au taux de 6,54 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 326 100 $, échéant en avril 2026 (1)	4 891 500	5 217 600
Emprunt, portant intérêts au taux variant de 4,66 % à 9,82 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels variables de 161 787 $ à 932 586 $, échéant en mars 2023 (1)	4 413 143	5 155 568
Emprunt, portant intérêts au taux variant de 4,219 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 417 046 $, échu en décembre 2011 (1)		3 261 349
Emprunt, portant intérêts au taux de 4,408 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 40 059 $, échéant en mars 2014 (1)	801 170	841 229
Emprunt, portant intérêts au taux de 4,408 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 102 833 $, échéant en mars 2014 (1)	701 897	804 730
Emprunt, portant intérêts au taux de 4,077 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 29 860 $, échéant en décembre 2014 (1)	627 061	656 921
Emprunt, portant intérêts au taux de 4,077 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 328 097 $, échéant en décembre 2014 (1)	2 651 989	2 980 086
Emprunt, portant intérêts au taux de 3,32 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 18 641 $, échéant en juin 2014 (1)	410 105	428 746
Solde à reporter	15 240 155 $	23 733 873 $

Nom de l'agence	Code
Agence de de la santé et des services sociaux des Laurentides	1466-5277

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2012

NOTE 6 - DETTE À LONG TERME (suite)

Solde reporté	15 240 155 $	23 733 873 $
Emprunt, portant intérêts au taux de 3,32 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 489 472 $, échéant en juin 2014 [1]	3 659 023	4 148 495
Emprunt, portant intérêts au taux de 3,135 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 746 519 $, échéant en juin 2016 [1]	5 488 777	6 235 297
Emprunt, portant intérêts au taux de 3,835 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 129 462 $, échéant en décembre 2016 [1]	1 683 002	1 812 464
Emprunt, portant intérêts au taux de 2,780 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 17 661 $, échéant en juin 2016 [1]	423 854	441 514
Emprunt, portant intérêts au taux de 2,472 %, garanti par une hypothèque mobilière, remboursable en versements annuels de 877 308 $, échéant en décembre 2017 [1]	6 382 548	
	32 877 359	36 371 643
Tranche à moins d'un an	3 903 319	10 230 984
	28 974 040 $	26 140 659 $

[1] Les hypothèques mobilières grèvent tous les montants payables de temps à autres par le Gouvernement du Québec aux termes de la subvention octroyée par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Les versements en capital sur la dette à long terme à effectuer au cours des cinq prochains exercices sont les suivants :

2013	3 903 319 $
2014	5 181 254
2015	8 645 673
2016	2 297 308
2017	5 424 735

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2012

N0TE 7 - OBLIGATION DÉCOULANT D'UN CONTRAT DE LOCATION-ACQUISITION

Contrat de location d'équipement portant intérêts au taux de 4,24 %, remboursable en versements annuels de 37 220 $ incluant les intérêts, échéant en avril 2015	118 213	$
Intérêts inclus dans les versements	10 801	
	107 412	
Tranche à moins d'un an	34 418	
	72 994	$

Les paiements minimums exigibles au cours des prochains exercices en vertu de l'obligation découlant du contrat de location-acquisition sont les suivants :

2013	39 404	$
2014	39 404	
2015	39 405	

NOTE 8 - RÉGIMES DE RETRAITE

Les membres du personnel de l'Agence participent au Régime de retraite des employés du gouvernement et des organismes publics (R.R.E.G.O.P.), au régime de retraite du personnel d'encadrement (R.R.P.E.) ou au Régime de retraite de l'administration supérieure (R.R.A.S.). Ces régimes interentreprises sont à prestations déterminées et comportent des garanties à la retraite et au décès.

Au 1er janvier 2012, le taux de cotisation pour le R.R.E.G.O.P. est à 8,94 % (8,69 % en 2011) de la masse salariale cotisable et celui du R.R.P.E. et du R.R.A.S. sont à 12,30 % (11,54 % en 2011).

Les cotisations de l'exercice de l'Agence envers ces régimes gouvernementaux sont assumées par le ministère de la Santé et des Services sociaux et ne sont pas présentées au rapport financier annuel.

Notes aux états financiers — Exercice terminé le 31 mars 2012

NOTE 9 - ENGAGEMENTS CONTRACTUELS

L'Agence loue des locaux en vertu d'un bail échéant en 2024. Les loyers minimums futurs totalisent 19 919 748 $ et comprennent les versements suivants pour les cinq prochains exercices :

2013	1 321 167	$
2014	1 372 339	
2015	1 406 115	
2016	1 449 167	
2017	1 491 798	

Pour les fins de l'exploitation de deux établissements privés conventionnés, l'Agence a contracté des baux avec la Société immobilière du Québec (S.I.Q.) pour un montant total de 1 585 234 $ lesquels sont remboursés totalement et directement à celle-ci par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. À cet effet, l'Agence a contracté des baux de sous-location avec ces deux établissements. Le revenu du Ministère et la dépense de loyer correspondante sont comptabilisés au rapport financier annuel. Les remboursements effectués à la Société immobilière du Québec (S.I.Q.) par le Ministère en 2011-2012 au nom de l'Agence sont les suivants :

Établissements privés conventionnés

CHSLD Villa Soleil	885 544	$
CHSLD Vigi de Deux-Montagnes	413 333	
	1 298 877	$

Les loyers minimums futurs totalisent 1 585 234 $ et comprennent les versements suivants pour les prochains exercices :

2013	1 245 527	$
2014	339 707	

L'Agence s'est engagée par contrats avec des transporteurs ambulanciers jusqu'en mars 2015 ainsi qu'avec des consultants externes dans différents dossiers d'honoraires professionnels. Les charges estimées prévues au cours des prochains exercices sont les suivantes :

Fonds d'exploitation :

2013	189 989	$
2014	4 377	
2015	4 983	
2016	871	

Fonds des activités régionalisées :

2013	234 530	$
2014	10 586	
2015	10 586	

NOTE 9 - ENGAGEMENTS CONTRACTUELS (suite)

Fonds affectés :

2013	30 385 537	$
2014	30 254 680	
2015	30 154 680	

NOTE 10 - OPÉRATIONS ENTRE PARTIES LIÉES

L'Agence est liée avec tous les ministères et les fonds spéciaux ainsi qu'avec tous les organismes et entreprises contrôlés directement ou indirectement par le gouvernement du Québec ou soumis, soit à un contrôle conjoint, soit à une influence notable commune de la part du gouvernement du Québec. Les opérations entre parties liées sont présentées aux pages 800. Ces opérations ont eu lieu dans le cours normal des activités et mesurées à la valeur d'échange, qui est la contrepartie établie et acceptée par les parties liées.

NOTE 11 - VARIATION DES ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)

La variation des actifs financiers nets (dette nette) représente la différence entre les actifs financiers et les passifs financiers.

Les actifs financiers correspondent à tous les actifs à court et à long terme autres que les immobilisations, les stocks et les frais payés d'avance; ils représentent au 31 mars 2012 une somme de 65 333 769 $ (62 621 058 $ au 31 mars 2011).

Les actifs non financiers sont constitués des immobilisations, des stocks et des frais payés d'avance; ils s'élèvent à 2 503 289 $ au 31 mars 2012 (2 151 415 $ au 31 mars 2011).

Les passifs financiers correspondent à la somme des passifs à court et à long terme; ils totalisent au 31 mars 2012 une somme de 63 289 332 $ (59 489 176 $ au 31 mars 2011).

	2012		2011	
Variation des actifs financiers	2 712 711	$	(8 566 059)	$
Variation des actifs non financiers	351 874		286 413	
Variation des passifs financiers	3 800 156		(8 163 885)	
Variation des actifs financiers nets (dette nette)	(1 087 445)		(402 174)	

Annexes

Fiches de reddition de comptes 2011-2012

Code d'éthique et de déontologie
du conseil d'administration

Code d'éthique du personnel

Fiches de reddition de comptes 2011-2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe d'intervention :	***Dépôts de documents au ministère de la Santé et des Services sociaux***
Objectifs de résultats :	Déposer au ministère de la Santé et des Services sociaux les documents demandés dans les délais prescrits

Document	*Réalisé*	*Non réalisé*
1. Soutien à domicile Produire, au plus tard le 30 septembre 2011, un plan d'action visant l'optimisation des heures de services de soutien à domicile.	X	
2. Regroupement des technocentres Déposer, d'ici le 14 juin 2011, à la Direction générale des technologies de l'information du MSSS, un plan de mise en œuvre concernant le regroupement des technocentres, le soutien aux utilisateurs et la gestion des ressources informationnelles.	X	

Commentaires	
Tous les documents demandés par le MSSS ont été déposés dans les délais impartis.	
Nom : Julie Delaney - Martin Delage	**Date** : 29 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Attentes spécifiques à la région des Laurentides – Santé publique***

Objectifs de résultats :	Rencontrer les attentes spécifiques du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'égard de la région des Laurentides

Indicateurs	*Réalisée*	*Non réalisée*
1.1.12 Augmenter la proportion de femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance;		X
1.1.14 Augmenter la proportion d'enfants recevant leurs vaccins dans les délais convenus.	X	
Soutenir les CSSS dans l'élaboration de leur plan local de santé publique 2011-2015.	X	

Commentaires

Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)

Le résultat pour 2011-2012 est de 64,5% alors qu'il était de 67,7% pour 2010-2011. L'engagement de 73% des femmes concernées a été atteint ou dépassé dans quatre des sept établissements. Les résultats pour 2011-2012 sont toutefois en baisse par rapport à l'année précédente dans tous les établissements.

La difficulté de recruter et de maintenir dans le programme les femmes en situation de vulnérabilité explique largement la difficulté d'atteindre l'engagement de 73%.

Vaccination :

Voici les résultats et les engagements pour 2011-2012 concernant la vaccination dans les délais prévus :

- 1re dose de vaccin contre le DCaT-Polio-Hib (engagement 60%) : 75,6%, alors que pour 2010-2011 : 54,4%
- 1re dose de vaccin contre le méningocoque (engagement 50%) : 62,5%, alors que pour 2010-2011 : 46,3%
- 1re dose de vaccin contre la rougeole, rubéole et oreillons (RRO) (engagement 60%) : 62,5%; alors que pour 2010-2011 cet indicateur était non disponible puisqu'il a remplacé le vaccin Prevnar.

Bien des efforts ont été faits par les CSSS à la suite de la diffusion du plan de promotion de la vaccination. En effet, les CSSS ont implanté plusieurs actions contenues dans le plan afin de vacciner les enfants au moment opportun. Il est à noter que le délai d'une semaine de la date prévue de la vaccination en 2010-2011 a été modifié à deux semaines de la date prévue de vaccination en 2011-2012. Ce changement peut également expliquer l'augmentation importante en 2011-2012 par rapport à la proportion atteinte en 2010-2011.

Les performances plus faibles dans le respect du délai de deux semaines de la date prévue pour la vaccination contre le méningocoque ainsi que la vaccination RRO peuvent s'expliquer en partie par le fait que ces vaccins sont administrés aux enfants âgés de 1 an. Le congé de maternité étant bien souvent terminé, il est alors plus difficile pour plusieurs parents de se libérer et de se rendre à ce rendez-vous dans les délais impartis. D'autres facteurs hors du contrôle des CSSS, tels que les conditions météorologiques qui ne facilitent pas le déplacement des parents ou encore un parent préférant ne pas se rendre au rendez-vous de vaccination alors que son enfant présente des symptômes de fièvre ou rhume peuvent expliquer les résultats obtenus.

Nom : Éric Goyer	**Date** : 29 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Attentes spécifiques à la région des Laurentides – Salles d'urgence***

Objectifs de résultats :	Rencontrer les attentes spécifiques du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'égard de la région des Laurentides

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
4.01.01 à 4.01.07 Nombre moyen de patients occupant des lits de courte durée (CD) en processus ou en attente de :			
4.01.01 Évaluation/orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers	3,7	3	4,9
4.01.02 Soins palliatifs	0,2	3	0,2
4.01.03 Convalescence	1,3	3	1
4.01.04 Réadaptation	1,4	3	1,6
4.01.05 Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) excluant la santé mentale	3,6	3	2,2
4.01.06 Ressources non institutionnelles (RNI) excluant la santé mentale	1,7	3	0,7
4.01.07 Hébergement de longue durée en santé mentale	0,8	3	0,3
4.01.08 Taux de déclaration en hébergement à partir du centre hospitalier des 75 ans et plus	8,14	4.99 %	7,55

Commentaires

4.01.01 à 4.01.07 Patients occupant des lits de courte durée
La cible de trois patients a été atteinte pour la majorité des clientèles. Toutefois, l'une d'entre elles a dépassé la cible.

4.01.01 Patients en processus ou en attente d'évaluation-orientation vers la longue durée ou vers les lits posthospitaliers
La mise en place de mesures visant à effectuer le processus d'évaluation-orientation hors des murs de l'hôpital n'est pas complétée. De plus, le manque de lits dédiés à cet usage, notamment en CHSLD, en limite l'application.

4.01.03 Patients en processus ou en attente de convalescence
L'amélioration notée est due au développement de lits en unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF) en juin dernier.

4.01.05 Patients en processus ou en attente de centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)
Il est à noter que le manque de places en CHSLD dans la région est toujours d'actualité. Les résultats se sont toutefois améliorés en raison de la clientèle en attente d'hébergement qui occupe actuellement des lits de RI.

4.01.06 Patients en processus ou en attente de ressources non institutionnelles (RNI) excluant la santé mentale
L'amélioration est due à l'ouverture des RI, et ce, malgré une augmentation de la clientèle en attente de lit d'hébergement qui occupe des lits de RI.

4.01.08 Taux de déclaration en hébergement à partir du CHSGS des 75 ans et plus
Une amélioration de la situation est observée, et ce, principalement due à l'ouverture des lits de ressources intermédiaires (RI). Il est à noter que l'effet combiné de la population vieillissante dans la région et du manque de place en hébergement pour personnes âgées et en longue durée maintient une pression sur les urgences pour ces types de clientèle.

Nom : Julie Boucher, Julie Delaney	**Date** : 29 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011 ** Résultats en date du 14 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe d'intervention:	***Attentes spécifiques à la région des Laurentides – Centres régionaux***

Objectifs de résultats :	Rencontrer les attentes spécifiques du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'égard de la région des Laurentides

Sujets	***Résultats 2011-2012***
Déficience physique – Étude d'opportunité de numérisation des dossiers des patients	
Dans le cadre du projet de numérisation des dossiers cliniques et administratifs amorcé par les CSSS de la région des Laurentides, le Centre de réadaptation en déficience physique (CRDP) Le Bouclier souhaite être associé à ce projet. L'Agence s'assurera que le CRDP Le Bouclier évalue les éléments suivants: • La pertinence des solutions retenues en lien avec le nouveau logiciel clientèle « Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD) » qui permet l'attachement de fichiers électroniques au dossier du client. • La possibilité de numériser en tout ou en partie les dossiers clientèles actuellement archivés en mode traditionnel. • La possibilité de numériser en tout ou en partie les dossiers administratifs actuellement archivés en mode traditionnel et d'intégrer cette numérisation à leur système de gestion électronique des documents (SYGED).	L'établissement a exploré différentes avenues concernant l'utilisation de SIPAD pour l'attachement de notes d'évolution, de rapports et d'autres documents pour les nouveaux dossiers. Toutefois, des validations sont à faire afin d'assurer l'intégrité, la confidentialité et la disponibilité des données. Une tendance vers la numérisation des nouveaux dossiers se dégage, mais l'établissement doit en déterminer la faisabilité. L'implantation du SYGED est en cours et le plan de classification ainsi que les délais de conservation des différents documents ont été modifiés.
Déficience intellectuelle – Préparation au transfert des clients et ressources du Centre de réadaptation Lisette Dupras	
S'assurer que le Centre du Florès (centre de réadaptation pour les personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dans la région des Laurentides) évalue la clientèle et les ressources identifiées par le Centre Lisette Dupras (Montréal) afin de convenir des modalités nécessaires à l'actualisation du transfert des clients et des ressources intermédiaires et de type familial vers le Centre du Florès.	Cette démarche fait suite à l'intention du Centre de réadaptation Lisette Dupras de transférer certaines ressources et clients résidant sur le territoire des Laurentides. La clientèle a été évaluée en 2011-2012 et la suite des étapes sera actualisée en vue de ce transfert.
Nom : Julie Delaney	**Date** : 29 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Attentes spécifiques à la région des Laurentides – Centres régionaux***

Objectifs de résultats :	Rencontrer les attentes spécifiques du ministère de la Santé et des Services sociaux à l'égard de la région des Laurentides

Sujets	***Résultats 2011-2012***
Jeunes en difficulté - Projet d'expérimentation d'une nouvelle organisation des services	
S'assurer que le Centre jeunesse expérimente une nouvelle organisation des services en protection de la jeunesse, notamment de l'étape « Réception et traitement des signalements » jusqu'à l'« Application des mesures ».	Le projet a été présenté à l'Agence par le Centre jeunesse en juillet 2011 et le projet est en cours d'expérimentation.
Dépendance – Révision de l'organisation des services externes offerts au programme adulte	
S'assurer que le Centre André-Boudreau révise l'organisation des services externes offerts au programme adulte. L'établissement visera à harmoniser ses pratiques au guide des meilleures pratiques en dépendance mis de l'avant par l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec et plus particulièrement en poursuivant le développement de l'approche par étapes et niveaux de soins (Step Care).	• Ajout de deux groupes de réadaptation externe (instrumentation et soutien) au point de services de Sainte-Agathe. • Ajout d'un groupe d'accueil supplémentaire au point de services de Saint-Jérôme. • Formation de tout le personnel clinique à l'utilisation des critères de l'ASAM (American Society of Addiction Medecine). Cette formation permet d'orienter les usagers dans les services selon le niveau de soins requis. • Poursuite de la formation à l'entretien motivationnel (plus de 80 % du personnel clinique est formé) • Participation des cadres cliniques et de plusieurs intervenants à la journée d'appropriation du Guide de meilleures pratiques pour l'entourage des personnes dépendantes (ACRDQ). • Participation au comité de travail de l'ACRDQ sur les meilleures pratiques en réinsertion sociale.
Nom : Julie Delaney	**Date** : 29 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Optimisation de l'utilisation des ressources***
Objectifs de résultats :	Atteindre l'état d'avancement prévu concernant l'optimisation de l'utilisation des ressources

Sujet	***Actions régionales***	***État d'avancement au 31 mars 2012***
La téléphonie IP	Élaborer le plan régional d'optimisation de la téléphonie et identifier les bénéfices régionaux.	Plan régional d'optimisation de la téléphonie déposé au MSSS en novembre 2011.
La téléphonie cellulaire	Assurer la mise en œuvre de la politique-cadre, établir les besoins de la région, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices.	Bilan déposé au MSSS en février 2012.
La visioconférence	Revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices.	Représentant régional désigné.
Le courrier électronique	Élaborer le plan de migration de la messagerie électronique, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices.	Inventaire réalisé en préparation de la migration.
La gestion du parc des postes de travail	Élaborer le plan triennal de mise en œuvre, revoir l'allocation des ressources et identifier les bénéfices.	Plan triennal de mise en œuvre déposé au MSSS.
Le regroupement des centres de traitement de données	Élaborer le plan suprarégional Laval-Laurentides-Lanaudière de regroupement des centres de traitement.	Plan élaboré et éléments de gouvernance en processus de définition. Dossier sous la responsabilité de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière.
Les services Info-Santé 811	Collaborer à la transformation. Réaliser l'analyse d'opportunité de regroupement des services Laval-Lanaudière-Laurentides-Outaouais. Présenter le plan de gestion des RH selon les orientations retenues par le MSSS.	Démarches entreprises en vue de tenter le regroupement avec d'autres régions. Plan de gestion des ressources humaines élaboré et déposé au MSSS.
L'énergie	Collaborer à l'élaboration et à la mise en place du plan d'action du MSSS. Préparer des plans d'action régionaux en regard de l'efficacité énergétique et des gaz à effet de serre.	Projets en cours dans les établissements de la région. Comité régional de développement durable mis en place.
L'approvisionnement en commun	Soutenir la mise en place des nouveaux regroupements des corporations d'achats en commun dans la limite de nos responsabilités.	Processus de regroupement effectué pour le Nord-Ouest.

Nom : Martin Delage, Julie Delaney	**Date** : 29 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Optimisation de l'utilisation des ressources***

Objectifs de résultats :	Atteindre l'état d'avancement prévu concernant l'optimisation de l'utilisation des ressources

Sujet	***Actions régionales***	***État d'avancement au 31 mars 2012***
La clientèle Soutien à domicile (PALV/DP/DI/TED)	Poursuivre l'actualisation des mesures visant la performance des sept centres d'activité I-CLSC en soutien à domicile (SAD). Déposer, à la fin septembre 2011, le plan d'action attendue par la DGSSS. Élaborer un programme régional de performance en SAD. Soutenir les CSSS dans l'élaboration de leur plan local de mise en œuvre du programme régional.	Augmenter de 1,5 % les heures de soutien à domicile longue durée et respecter l'engagement de 9 588 heures - Voir objectif 2.4.2 Plan d'action déposé au MSSS le 30 septembre 2011.
La réduction de la main-d'œuvre indépendante	Poursuivre les activités du comité régional sur la main-d'œuvre independante (MOI). Mise en place du comité Corporation d'approvisionnement Laurentides/ Lanaudière/ Agence/établissements sur la main-d'œuvre indépendante.	Appel de projets visant à réduire la MOI réalisé en avril 2011 et bilan réalisé au 31 décembre 2011. Appel d'offres régional d'achat de services en MOI réalisé. Pourcentage des heures travaillées par du personnel clinique à l'emploi des agences privées – Voir objectif 5.1.6
La réduction du temps supplémentaire	Identifier et mettre en place des pistes de solutions qui auront, entre autres, des effets sur la réduction du temps supplémentaire.	Bilan des actions réalisées déposé au 31 décembre 2011. Pourcentage des heures travaillées en heures supplémentaires - Voir objectif 5.1.5
La gestion de la présence au travail	Élaborer un plan régional avec la collaboration des DRH. Mise en place d'un comité régional des responsables en santé-sécurité du travail.	Plan d'action régional élaboré en collaboration avec les établissements. Ratio des heures en assurance salaire par rapport aux heures travaillées – Voir objectif 5.2.1
La rationalisation et la mise en commun de processus administratifs	Identifier les processus administratifs présentant un potentiel d'optimisation.	Projet : Optimisation du processus d'allocation budgétaire – enveloppe régionale. Étapes de planification du projet et cartographie du processus réalisée.

Nom : Luc Bergeron, Julie Delaney	**Date** : 29 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Accessibilité aux services de santé physique et mentale***

Objectifs de résultats :	Atteindre l'état d'avancement prévu concernant l'accessibilité aux services de santé physique et mentale

Sujet	***Actions régionales***	***État d'avancement au 31 mars 2012***
L'inscription aux guichets d'accès	Mise en place des guichets d'accès, diffusion des coordonnées et inscription de toutes les clientèles.	Les sept CSSS de la région ont un guichet d'accès. Chacun des CSSS a diffusé les coordonnées de la personne responsable de leur guichet d'accès de la clientèle orpheline. L'Agence rend ces informations accessibles via son site Web. Une mise à jour est d'ailleurs effectuée régulièrement afin que la population puisse s'inscrire à ces guichets d'accès.
Déploiement des GMF	Leadership exercé par les CSSS.	Chacun des sept territoires de CSSS des Laurentides dispose minimalement d'un GMF.
Durée moyenne de séjour à l'urgence	L'Agence fixe la cible et convient d'une stratégie d'action.	Plan de gestion intégré des salles d'urgence élaboré et suivi fait pour le 30 janvier 2012. Mise à jour des plans de gestion intégrés des salles d'urgence de chacun des CSSS et mise en place de ces actions. Poursuite de l'atteinte de la cible < 16 heures.
Accès aux services spécialisés de chirurgie	Stratégie ou plan d'action pour atteindre les objectifs.	90 % de patients opérés à l'intérieur de 6 mois : Voir commentaire lié à l'objectif 3.1.3 Le nombre de chirurgies en attente de plus d'un an représente 6,5 % du nombre total de chirurgies en attente.
Accès aux services d'endoscopie	Révision des processus et implantation de zone(s) franche(s) et de 2e offre au patient. Mise en place de centrale(s) de rendez-vous.	L'entente de deuxième offre, en vigueur entre deux CHSGS de la région, a été interrompue le 30 juin 2011 en raison de la suspension par le MSSS du financement additionnel pour les endoscopies, secondaire à la nouvelle modalité de paiement des chirurgies entrée en vigueur en avril 2011.

Nom : Julie Boucher	**Date** : 29 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Accessibilité aux services de santé physique et mentale***

Objectifs de résultats :	Atteindre l'état d'avancement prévu concernant l'accessibilité aux services de santé physique et mentale

Sujet	***Actions régionales***	***État d'avancement au 31 mars 2012***
Accès aux services d'imagerie	Révision des processus et implantation de zone(s) franche(s) ou de 2e offre au patient. Mise en place de centrale(s) de rendez-vous.	À l'automne 2011, un des CHSGS de la région a débuté une démarche de reingénierie de processus par l'entremise de l'offre de service du MSSS. Toutefois, le contexte organisationnel de l'établissement ne réunissait pas l'ensemble des conditions gagnantes permettant la poursuite de cette démarche. Celle-ci s'est interrompue en février 2012.
Accès au continuum de services AVC	Participation à la désignation des centres tertiaires et à la mise en place des corridors de services.	Collaboration aux travaux avec le RUIS de l'Université de Montréal. Aucune entente n'a été signée jusqu'à présent, le comité régional sera mis en place en juin 2012.
Accès au continuum de services de cardiologie	Participation à la définition et la mise en place des corridors de services.	Corridors de services en place.
Accès au continuum de services pour la douleur chronique	Soutien à l'organisation de services et participation à la définition et à la mise en place des corridors de services.	Travaux en cours pour l'identification du centre régional.
Configuration des services médicaux	Collaboration et dépôt du PREM en spécialité 2012-2015.	Plan de déploiement des effectifs médicaux préparé et déposé.
Laboratoires	Collaboration à l'opération provinciale.	Suivi des travaux nationaux. Orientations régionales transmises aux établissements.
Traumatologie	Soutien à l'évolution du processus d'optimisation. Participer à l'implantation des orientations qui en découlent.	Comité régional de traumatologie en fonction, collaboration avec l'INESS.
L'accès aux services de santé mentale à la population	Niveau d'atteinte du plan d'optimisation. Dépôt du plan visant l'accessibilité, la hiérarchisation et la mise en place de corridors de services.	Mise en place de guichet d'accès pour les territoires ayant une population de plus de 50 000. Consolidation des équipes de première ligne dans l'ensemble des CSSS. Développement des équipes de soutien intensif dans le milieu (SIM) sur deux nouveaux territoires. Identification de solutions en lien avec les services sociorésidentiels incluant l'hébergement de longue durée : cinq rencontres ont eu lieu à ce sujet.
L'accès aux services de psychiatrie légale	Appui à la mise en place du réseau hiérarchisé.	Centre régional de psychiatrie légale à confirmer par le MSSS.

Nom : Julie Boucher	**Date** : 29 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Prévention dans les continuums de services***

Objectifs de résultats :	1.1.1 Assurer la mise en œuvre des activités de promotion, de prévention et de protection prévues dans le Programme national de santé publique (PNSP)
	1.1.2 Soutenir l'intégration de la prévention dans les services cliniques de première ligne, en donnant la priorité aux problèmes suivants : ▪ infections transmissibles sexuellement et par le sang ▪ habitudes de vie et maladies chroniques ▪ chutes chez les personnes âgées ▪ suicide

Sujets	***Résultats 2011-2012***
1.01.20 Pourcentage moyen d'implantation des activités du Programme national de santé publique (PNSP)	Ces deux indicateurs font l'objet d'un suivi aux deux ans. La prochaine mesure sera effectuée au terme de l'année 2012-2013.
1.01.21 Pourcentage des pratiques cliniques préventives prioritaires qui ont fait l'objet d'activités de soutien	
Participation de 80 % des infirmières scolaires à la formation à l'éducation à la sexualité	Réalisé
Dispensation du service d'échange de seringues, 8 h par jour / 5 jours par semaine, dans chaque CSSS	Réalisé
Mise en place du projet « Kit d'inhalation sécuritaire » au niveau régional, via le Centre Sida-Amitié. Rejoindre au moins deux clientèles vulnérables par territoire de CSSS	Réalisé
Centres d'abandon tabagique (CAT) ▪ Maintenir à 806 le nombre de participants aux services de counselling intensif ▪ Maintenir à 53 le nombre de femmes enceintes du programme SIPPE ayant reçu un counselling intensif	Les données I-CLSC ne seront compilées que vers le début de juin 2012; l'engagement est atteint pour les deux indicateurs selon les prévisions émises dans le bilan provisoire de décembre 2011.
Services de motivation à l'adoption de saines habitudes de vie (SMASH) en nutrition et kinésiologie ▪ 70 interventions cliniques individuelles ▪ 6 dossiers de groupe	Tous les dossiers de groupes ont été réalisés, toutefois, ce ne fut pas le cas pour les 70 interventions individuelles. La Direction de santé publique prévoit déployer des mesures d'accompagnement des CSSS pour améliorer la performance pour 2012-2013.
Pratiques cliniques préventives (PCP) ▪ 10 milieux cliniques recrutés (GMF, Coopérative de santé)	Non réalisé, toutefois, les démarches sont amorcées dans tous les territoires de CSSS.
Programme 0-5-30 ▪ Recruter un minimum de 7 nouvelles municipalités ▪ Recruter un minimum de 5 milieux de travail	Réalisé
Nom : Éric Goyer	**Date** : 29 mai 2012

* Résultats en date de juin 2011

** Résultats en date du 14 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Services médicaux et infirmiers***

Objectifs de résultats :	2.1.2 Favoriser la pratique de groupe, polyvalente et interdisciplinaire de la médecine de famille par la mise en place de groupes de médecine de famille (GMF) (ou modèles équivalents)
	2.1.3 Accroître la disponibilité d'infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en soins de première ligne

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.09.25 Nombre total de Groupes de médecine de famille (GMF) implantés	18	20	19
3.07 Nombre d'infirmières praticiennes spécialisées en soins de première ligne (IPS-SPL) titularisées et offrant des services de première ligne	N/A	12	6

Commentaires

Groupes de médecine familiale

Accréditation par le ministre du 19e GMF en date du 27 mars 2012. Avec cette accréditation, nous avons minimalement un GMF sur chacun des sept territoires de CSSS des Laurentides. Pour ce qui est du vingtième GMF, une relance sera effectuée auprès de ce groupe de médecin afin de connaître leur intérêt à poursuivre la démarche d'accréditation.

Infirmières-praticiennes spécialisées en soins de première ligne titularisées offrant des services de première ligne

Depuis juillet 2010, le ministère de la Santé et des Services sociaux avait annoncé la création de 500 postes d'IPS-SPL dans le réseau de la santé et des services sociaux ainsi qu'un soutien financier pour favoriser l'implantation de ces professionnelles pour l'ensemble des régions. Actuellement, le nombre de finissants prévu est inférieur aux attentes, et ce, depuis le début du plan de déploiement régional de ce programme. Le MSSS a donc redistribué le nombre de bourses en fonction des besoins de chaque région en considérant le nombre de finissants.

Nom : Julie Boucher	**Date** : 29 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011

** Résultats en date du 14 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Services psychosociaux***

Objectifs de résultats :	2.1.4 Offrir un accès téléphonique rapide à une consultation en matière de services psychosociaux (information, intervention, référence-orientation, avis professionnels et conseils) par des professionnels en intervention psychosociale des CSSS, 24 heures par jour, 7 jours par semaine

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.02.04 Pourcentage des appels au service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux auxquels on a répondu dans un délai de quatre (4) minutes ou moins	ND	25 %	76 %
1.02.05 Pourcentage des régions sociosanitaires ayant mis en place un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux	ND	Modèle régional d'organisation élaboré et adopté	Travaux amorcés visant la mise en place d'un service

Commentaires

Service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux

Les résultats tiennent compte de tous les usagers qui, après avoir composé le 8-1-1, ont choisi d'appuyer sur le « 2 » pour Info-Social. Un total de 4 505 appels (76 %) ont ainsi été répondus en dedans de 4 minutes.

Il faut toutefois signaler qu'entre 8 h 30 et 20 h 30, ce sont des infirmières qui répondent aux usagers; le reste du temps, il s'agit d'intervenants sociaux puisque notre couverture « psychosociale » est actuellement assurée en soirée et la nuit seulement. Il est impossible pour l'instant d'obtenir des informations spécifiques aux appels répondus par un professionnel en intervention psychosociale.

Mise en place d'un service de consultation téléphonique en matière de services psychosociaux

Notre engagement était d'élaborer et d'adopter un modèle régional d'organisation répondant aux exigences du MSSS. Les travaux visant la mise en place d'un service selon le cadre de référence du MSSS ont été amorcés même si le cadre de référence du MSSS concernant l'offre de services sociaux généraux n'est pas connu.

Nom : Julie Delaney	**Date** : 29 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011

** Résultats en date du 14 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe d'intervention :	***Personnes atteintes de maladies chroniques ou de cancer***
Objectifs de résultats :	2.2.1 Favoriser l'autogestion et la réadaptation des personnes atteintes de maladies chroniques dans un continuum de soins

Engagement 2011-2012	*Résultats** 2011-2012*
Plan d'action régional, adopté.	Un questionnaire sur le suivi et la gestion des maladies chroniques complété par les établissements de la région révèle que tous les CSSS favorisent l'autogestion. Cependant, on ne peut à l'heure actuelle préciser le pourcentage de personnes bénéficiant d'enseignement qui favorise l'autogestion. Quant à la réadaptation, cinq CSSS sur sept offrent des programmes de réadaptation, particulièrement la réadaptation pulmonaire et cardiorespiratoire. Un plan d'action régional concernant les maladies chroniques est en élaboration.
Suivi systématisé en vigueur dans un établissement.	Trois établissements offrent un suivi systématisé pour la clientèle atteinte de maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC).
Nom : Julie Boucher	**Date** : 29 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011
** Résultats en date du 14 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Jeunes en difficulté, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et personnes aux prises avec une dépendance***

Objectifs de résultats :	2.2.3 Intervenir de façon concertée afin de réduire les difficultés vécues par les jeunes et les familles, dont les problèmes de négligence et les troubles de comportement, selon les orientations relatives aux jeunes en difficulté
	2.2.4 Favoriser la continuité des soins et la stabilité des liens pour les enfants placés en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse
	2.2.7 Faciliter l'accès aux personnes à risque d'abus ou de dépendance à des services de première ligne offerts en toxicomanie et en jeu pathologique

Engagement 2011-2012	***Résultats2011-2012***
Engagements liés à l'objectif 2.2.3	
Programme d'intervention en négligence Modèle régional défini et adopté.	Le modèle régional a été défini et implanté. Tous les territoires locaux ont débuté des activités d'implantation d'un programme en négligence, mais aucun territoire n'a encore implanté le programme en totalité.
Programme d'intervention de crise et de suivi intensif dans le milieu 100 % des territoires ont révisé l'implantation du programme d'intervention de crise et de suivi intensif.	Le programme est implanté depuis 2009-2010 dans tous les territoires de la région.
Engagements liés à l'objectif 2.2.4	
Diminution du taux de resignalement suivant la fin de l'application des mesures en protection de la jeunesse. Diminution de la durée moyenne des placements. Diminution du nombre de déplacements vécus par le jeune.	Les fiches descriptives nécessaires à la mesure de ces indicateurs n'étaient pas disponibles en 2011-2012.
Engagements liés à l'objectif 2.2.7	
Orientations régionales consolidées Équipe consolidée Augmentation du nombre de personnes prises en charge	Suite à une recension de l'offre de service en dépendances disponible dans la région des Laurentides, des travaux ont été réalisés et ont permis de définir les orientations régionales 2011-2015 en dépendance. Le document *Donner du sens à nos actions: Orientations régionales du programme Dépendances de la région des Laurentides* est actuellement en processus d'adoption. Les établissements ont nommé un intervenant pivot ce qui facilite les liens interétablissements. En 2011-2012, 323* personnes ont reçu des services en toxicomanie et en jeu pathologique par les CSSS. Il s'agit là du point de départ de ce nouvel indicateur. Aucune information n'est disponible pour les années antérieures. Prenez note que 80 interventions de crises ont été réalisées en lien avec le casino.
Nom : Julie Delaney	**Date** : 29 mai 2012

* Résultats en date du 14 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Personnes ayant une déficience et leur famille***

Objectifs de résultats :	2.2.8 Assurer la coordination des services dispensés par plusieurs établissements aux personnes ayant une déficience et à leur famille

Engagement 2011-2012	***Résultats** 2011-2012***
Cadre régional adopté.	En attente d'autorisation de droits d'auteurs.
Augmentation du nombre de personnes ayant un PSI.	La fiche descriptive nécessaire à la mesure de l'indicateur n'était pas disponible en 2011-2012, une validation interprogrammes au MSSS était en cours afin d'assurer une cohérence et une compréhension entre les divers programmes.
Nom : Julie Delaney	**Date** : 29 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011
** Résultats en date du 14 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Réseaux de services intégrés***

Objectifs de résultats :	2.3.1 Poursuivre la mise en place des réseaux de services intégrés pour les personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement (RSIPA) dans chaque territoire local, en favorisant leur implantation telle que définie dans les lignes directrices du MSSS

Indicateurs	***Résultats* 2010-2011***	***Cibles 2011-2012***	***Résultats** 2011-2012***
1.03.06 Degré moyen d'implantation des RSIPA dans les réseaux locaux de services	45 %	49.83 %	64.78 %

Commentaires

La cible a été atteinte et même dépassée de 15 %. Le modèle de gestion de cas a été identifié et implanté dans six des sept CSSS de la région, alors que la structure de concertation et de coordination a été implantée dans tous les CSSS.

En ce qui concerne la sélection des modèles de centre de jour et des hôpitaux de jour, l'Agence exerce une vigie en attendant les lignes directrices ministérielles.

Nom : Julie Delaney	**Date** : 29 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011

** Résultats en date du 14 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	*Adaptation des services*

Objectifs de résultats :	2.3.2 Favoriser l'adoption en centre hospitalier de pratiques organisationnelles et cliniques adaptées aux besoins particuliers des personnes âgées

Engagement	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
En lien avec l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier, et ce, pour chacun des cinq CSSS ayant un CHSGS : • Finaliser l'implantation des quatre préalables • Procéder au diagnostic organisationnel (état de situation) • Élaborer un plan d'action • Initier la démarche d'implantation de l'approche	2 CSSS	5 CSSS	3 CSSS

Commentaires

Trois des cinq CSSS de la région ont mis en place les mesures qui respectent la philosophie de l'approche adaptée en milieu hospitalier. Les deux autres CSSS attribuent au manque de ressources ce délai d'agir. Toutefois, la cible régionale devrait être atteinte en juin 2012.

Par ailleurs, dès que l'outil d'évaluation de l'implantation de l'approche adaptée sera disponible, un audit des composantes sera effectué à la troisième et à la dixième période de 2012-2013.

Nom : Julie Boucher	**Date** : 29 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011
** Résultats en date du 14 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Services de soutien à domicile***

Objectifs de résultats :	2.4.2 Assurer une offre globale de service de soutien à domicile de longue durée pour s'adapter à l'augmentation des besoins de l'ensemble des clientèles, y compris les familles et les proches aidants

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.03.05 Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues à domicile par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	N/A	648 789	643 016

Commentaires

Régionalement, nous avons atteint 99 % de notre objectif. Toutefois, quatre des sept CSSS de la région ont atteint leur cible.

La région a réalisé d'importants travaux à différents niveaux pour assurer la mise en place du plan d'optimisation des services à domicile déposé en septembre 2011 et l'atteinte de la cible 2015, soit l'augmentation de 10 % des heures de services rendus en fonction des heures réalisées en 2009-2010.

Qualité des informations saisies

Des travaux ont été réalisés afin d'assurer une compréhension commune de l'indicateur 1.03.05 et d'offrir une meilleure qualité des données saisies à l'aide du système I-CLSC. Un guide explicatif de l'indicateur a d'ailleurs été produit et de nouvelles orientations ont été transmises aux établissements, afin d'assurer une meilleure uniformité des données et le respect du cadre normatif I-CLSC. À cet effet, de nouveaux éléments sont comptabilisés et d'autres arrimages sont en cours favorisant l'utilisation des centres d'activités adéquats. La qualité des données globales reflétera alors mieux la réalité des services rendus à la population des Laurentides.

Programme d'optimisation des services de soutien à domicile dans la région des Laurentides

Au niveau de l'optimisation des services du soutien à domicile, la région s'est mobilisée et a adopté un programme régional d'optimisation. Les établissements sont soutenus régionalement dans le développement de leur plan local d'optimisation. Des ateliers Kaizen ont été réalisés avec les intervenants en janvier et février 2012 dans chacun des CSSS, afin de lancer la démarche d'optimisation. Les plans locaux sont complétés à 80 % et la mobilisation des intervenants contribuera à l'atteinte des objectifs.

Nom : Julie Delaney	**Date** : 29 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011
** Résultats en date du 14 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012	
Axe d'intervention :	***Diversification des milieux de vie***
Objectifs de résultats :	2.4.3 Augmenter et diversifier l'offre de milieux de vie accessibles aux personnes ayant des incapacités significatives et persistantes (personnes âgées en perte d'autonomie, personnes atteintes de déficience, personnes atteintes de problèmes de santé mentale et autres)

Engagement 2011-2012	*Résultats** 2011-2012*
Augmentation du nombre de ressources alternatives à l'hébergement en fonction de la concrétisation des appels d'offres.	L'engagement fixé pour 2011-2012 a été atteint.
Nom : Julie Delaney	**Date** : 29 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011
** Résultats en date du 14 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	*Services sociaux et de réadaptation*

Objectifs de résultats :	3.1.1 Assurer, aux personnes ayant une déficience, l'accès aux services dont elles ont besoin dans les délais établis : ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité urgente : 3 jours ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité élevée : 30 jours en CSSS et 90 jours en CR ▪ pour les personnes dont la demande est de niveau de priorité modérée : 1 an

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.45 Taux des demandes de services traitées, selon les délais définis comme standards du Plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience	69,3 %	75 %	70,1 %

Commentaires

1.45 Accès aux services pour les personnes ayant une déficience

Au cours de l'année, un Plan régional d'amélioration de l'accès et de la continuité (PRAAC) 2011-2013 a été adopté puis déposé au MSSS. Jusqu'à présent, plus de 50 % des mesures prévues dans le PRAAC ont été actualisées selon la planification prévue, mais le plus grand défi demeure le respect des standards.

En 2011-2012, l'engagement régional du traitement de demandes de niveau « urgent » et « élevé » ciblait le taux de respect à 90 %. Le tableau ci-dessous permet de constater que les taux varient selon le programme, le niveau de priorité et l'établissement, lesquels mettent tout en œuvre pour respecter les standards (documentation du non-respect des délais et pistes de solution locales, travaux d'harmonisation et d'optimisation des pratiques, formation continue en établissement pour les nouveaux intervenants, validation des données transmises, etc.). Cependant, l'essor démographique observé dans la région des Laurentides fait en sorte que la demande continue de dépasser l'offre de service.

TAUX DES DEMANDES DE SERVICES TRAITÉES SELON LES DÉLAIS DÉFINIS COMME STANDARDS DU PLAN D'ACCÈS SELON LE TYPE D'ÉTABLISSEMENT, LE PROGRAMME ET LE NIVEAU DE PRIORITÉ**

Établissement	*Urgent*	*Élevé*	*Modérée*
CSSS DI-TED	100 %	46,3 %	79 %
CSSS DP	76,2 %	71,9 %	75,6 %
CRDI	77,8 %	89,8 %	96 %
CRDP	NA	54,7 %	89,5 %

Nom : Julie Delaney	**Date** : 29 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011
** Résultats en date du 14 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Services sociaux et de réadaptation***

Objectifs de résultats :	3.1.2 Assurer aux personnes ayant une dépendance un accès aux services d'évaluation spécialisée dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.07.04 Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	58 %	N/A	70 %

Commentaires

3.1.2 Dépendance en centre de réadaptation – Services d'évaluation

Le Centre André-Boudreau a révisé les modalités d'accueil de sa clientèle, augmentant ainsi le nombre de personnes desservies dans un délai de 15 jours ouvrables et moins.

Par ailleurs, un engagement régional touchait la mise en place des services d'évaluation, via le projet Adrénaline, pour la clientèle hébergée en Centre Jeunesse. Offert conjointement par le Centre André-Boudreau et le Centre jeunesse des Laurentides, Adrénaline est un programme d'intervention spécifique en toxicomanie pour les jeunes qui ont un problème de consommation et qui sont suivis en réadaptation interne au Centre jeunesse des Laurentides. En 2011-2012, une première activité a été mise en place, à laquelle 20 jeunes ont participé. Ce projet s'inscrit dans la foulée des mesures ayant vu le jour grâce à la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014.

Nom : Julie Delaney	**Date** : 29 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011

** Résultats en date du 14 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Médecine et chirurgie***

Objectifs de résultats :	3.1.3 Assurer aux personnes inscrites au mécanisme central un accès aux chirurgies dans un délai de 6 mois

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.09.20 Pourcentage de patients inscrits au mécanisme central traités dans les délais pour une chirurgie			
1.09.20.01 : Arthroplastie totale de la hanche	90 %	90 %	76 %
1.09.20.02 : Arthroplastie totale du genou	87 %	90 %	67 %
1.09.20.03 : Chirurgie de la cataracte	79 %	90 %	97 %
1.09.20.04 : Chirurgie d'un jour (à l'exception de la chirurgie de la cataracte)	92 %	90 %	92 %
1.09.20.05 : Chirurgie avec hospitalisation (à l'exception de la chirurgie de la cataracte et des arthroplasties de la hanche et du genou)	98 %	90 %	96 %

Commentaires

1.9.20.01Arthroplastie totale de la hanche et 1.9.20.02 arthroplastie totale du genou

La cible en lien avec ces deux indicateurs n'est pas atteinte cette année. Le manque de disponibilité de lits pour hospitaliser les patients suite à ce type de chirurgies peut être un facteur ayant eu une incidence sur ces résultats. En fait, il y a eu une hausse du nombre des autres types de chirurgies avec hospitalisation qui a impacté la disponibilité des lits. Il y a également eu plusieurs chirurgies réalisées en urgence occasionnant une diminution de disponibilité opératoire pour réaliser des chirurgies électives.

La production chirurgicale d'arthroplasties de la hanche et du genou a surpassé les cibles régionales établies relativement au nombre de chirurgies à effectuer pour chacune de ces deux catégories d'interventions. Toutefois, cette production n'a pas été suffisante pour atteindre les cibles relativement au délai d'attente.

Pour accroître davantage l'accès à ces chirurgies, les actions suivantes sont envisagées par l'un ou l'autre des deux établissements de la région où il se réalise ces chirurgies :

- augmenter le nombre de priorités opératoires en orthopédie;
- ouvrir une salle supplémentaire au bloc opératoire;
- continuer d'offrir au patient la possibilité d'être opéré par un autre chirurgien de l'établissement ou d'un autre établissement (2e offre);
- réviser et optimiser le processus de programmation opératoire;
- réviser le continuum pré, per et postopératoire afin d'identifier les éléments ayant une incidence sur la durée du séjour postopératoire et sur lesquels il est possible de travailler afin de diminuer la durée de séjour et ainsi accroître la disponibilité des lits.

1.09.20.03 Chirurgie de la cataracte, 1.9.20.4 Chirurgie d'un jour et 1.9.20.5 Chirurgie avec hospitalisation

La cible en lien avec ces indicateurs est atteinte et même dépassée. Par ailleurs, une amélioration significative du résultat est observée cette année pour la chirurgie de la cataracte par rapport au résultat de 2010-2011, passant de 79 % à 97 %. En ce qui concerne la chirurgie d'un jour, la continuité de l'entente de zone franche en orthopédie entre deux établissements de la région a contribué à la hausse régionale de 6 % du volume de chirurgies d'un jour réalisées cette année par rapport à 2010-2011.

Nom : Julie Boucher	**Date** : 29 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011 ** Résultats en date du 14 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Urgences***

Objectifs de résultats :	3.1.6 Assurer une durée de séjour acceptable à l'urgence* pour les personnes sur civière * Plusieurs mesures du Plan stratégique contribuent à l'atteinte de cet objectif

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
1.09.31 Pourcentage de séjours de 24 heures et plus sur civière	N/A	0	30,9 %
1.09.03 Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière	10,9 %	2,0 %	9,3 %
1.09.01 Séjour moyen sur civière (durée)	20,97 heures	16 heures	20,65 heures

Commentaires

Séjours sur civière

Globalement, une amélioration de la situation est observée pour une deuxième année consécutive. Cette situation est attribuable aux diverses mesures mises en place dans le cadre du plan régional et des plans locaux de désencombrement des urgences, notamment la création d'unité d'hospitalisation brève (UHB), la révision des processus internes, le développement de places en ressources intermédiaires (RI) et en unité transitoire de récupération fonctionnelle (UTRF), etc.

Les actions structurantes identifiées dans le plan d'action régional de gestion intégrée sont maintenues pour répondre aux engagements convenus. Il s'agit, entre autres, du monitoring quotidien, des suivis des plans de gestion intégrée visant le désencombrement des urgences, des suivis conjoints avec le MSSS de situations particulières, de l'ouverture d'une l'unité d'hospitalisation brève, du maintien d'une unité de débordement à l'urgence, des mises à jour des plans de contingences et de l'ajout de places en RI.

Il est à noter que la fermeture des 22 lits en psychiatrie à l'hôpital régional impacte les services dans la région bien que des mesures soient en place afin de minimiser ces impacts (ententes, corridors de service, ouverture du débordement). De plus, le manque de place en CHSLD dans la région est un élément qui favorise l'engorgement de nos urgences compte tenu de la clientèle vieillissante.

Les établissements ont investi plusieurs efforts afin d'optimiser les processus et réviser l'organisation du travail tant au niveau des salles d'urgence qu'au niveau de l'organisation des services du soutien à domicile.

Nom : Julie Boucher	**Date** : 29 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011

** Résultats en date du 14 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Contrôle des infections nosocomiales***

Objectifs de résultats :	4.1.3 Maintenir les taux d'infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale inférieurs ou égaux aux seuils établis

Indicateurs	*Résultats 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats 2011-2012*
1.01.19 Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux seuils établis			
1) DACD	Résultats mesurés		
2) bactériémies à SA et SARM	aux deux ans,	60 %	60 %
3) bactériémies nosocomiales sur cathéters aux SI	non mesurés	80 %	60 %
	en 2010-2011	100 %	Non applicable

Commentaires

Diarrhées associées au Clostridium difficile (DACD)

La cible a été atteinte. En effet, trois des cinq établissements concernés ont maintenu leur taux d'infection en deçà des seuils établis. Les deux autres ont dépassé les seuils établis pour leur catégorie d'établissement. Le taux élevé de l'un d'eux s'explique par une prédominance de la souche NAP1. Un plan d'action a été mis en place pour renforcer les mesures de prévention et contrôle des infections (PCI) et en hygiène et salubrité. La situation a été rétablie avant la fin de l'année financière. La Direction de santé publique des Laurentides intervient activement pour soutenir les établissements de la région.

Bactériémies à Staphylococcus aureus (SA) et Staphylococcus aureus résistant à la Méthicilline (SARM)

Pour les bactériémies à SA et SARM, deux CHSGS ont dépassé les seuils établis. L'un d'eux a vu son taux gonflé par un seul cas particulièrement problématique. De façon générale, ce CHSGS de plus de 100 lits est en deçà des seuils établis. La Direction de santé publique soutient activement ces établissements.

Bactériémies nosocomiales sur cathéters centraux aux soins intensifs

Cet indicateur était non applicable pour la région en 2011-2012 parce qu'il n'y a pas d'unité de soins intensifs de dix lits ou plus dans la région.

Source des données: Unité scientifique Surveillance, prévention et contrôle des maladies infectieuses, Direction des risques biologiques et de la santé au travail, Institut national de santé publique du Québec; Axe d'intervention : Contrôle des infections nosocomiales; Indicateur : Pourcentage de centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) ayant des taux d'infections nosocomiales inférieurs ou égaux aux taux établis. Présentation des résultats pour l'année 2011-2012. Mai 2012.

Nom : Éric Goyer	**Date** : 13 juin 2012

* Résultats en date du 31 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Disponibilité et utilisation optimale de la main-d'œuvre du réseau***

Objectifs de résultats :	5.1.3 Produire et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre aux paliers local, régional et national de façon à identifier et à mettre en œuvre les stratégies pour assurer l'équilibre entre les effectifs requis et disponibles
	5.1.5 Réduire le temps travaillé en heures supplémentaires dans l'ensemble des secteurs d'activité
	5.1.6 Réduire le recours à la main-d'œuvre indépendante dans les secteurs d'activité clinique

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
3.08 Pourcentage d'établissements et d'agences ayant mis à jour leur plan de main-d'œuvre	N/A	100 %	100 %
3.05 Pourcentage des heures supplémentaires travaillées : 3.05.01 infirmières	6,33 % (P12)	6,19 %	5,93 % (P12)
3.05.02 l'ensemble du personnel du réseau	3,64 % (P12)	3,53 %	3,63 % (P12)
3.06 Pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante dans l'équipe de soins infirmiers : 3.06.01 Infirmières	7,96 %	6,26 %	6,84 %
3.06.02 Infirmières auxiliaires	1,95 %	1,09 %	1,71 %
3.06.03 Préposés aux bénéficiaires	1,10 %	0,56 %	1,39 %

Commentaires

3.05 et 3.06 Heures supplémentaires et main-d'œuvre indépendante

Le nombre d'heures en temps supplémentaire ainsi que le pourcentage de recours à la main-d'œuvre indépendante sont des préoccupations régionales majeures. La mise sur pied d'un comité de travail régional pour contrer l'utilisation de la main-d'œuvre indépendante le démontre. Nos résultats pour le temps supplémentaire des infirmières sont inférieurs à la cible régionale, mais supérieurs en ce qui concerne le recours à la MOI infirmière. Malgré un résultat plus élevé que la cible régionale en MOI, les résultats de cette année sont inférieurs à ceux de l'an dernier. Ces résultats sont le fruit de plusieurs mesures prometteuses mises en place par les établissements telles que les horaires de travail atypique, la création de postes d'autosuffisance dans des secteurs spécifiques, des programmes de reconnaissance et de conciliation travail vie personnelle et des meilleures pratiques en matière de gestion de la liste de rappel. Des efforts de même nature seront nécessaires pour les titres d'emploi de préposés aux bénéficiaires et d'infirmières auxiliaires étant donné les résultats qui se retrouvent au-dessus des cibles régionales.

3.08 Mise à jour du plan de main-d'œuvre

Les établissements ont fait la mise à jour de leurs plans de main-d'œuvre respectifs, et ce, selon leurs particularités locales. L'Agence a élaboré son plan d'action régional à partir des plans de main-d'œuvre des établissements.

Nom : Luc Bergeron	**Date** : 29 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011

** Résultats en date du 14 mai 2012

Fiche de reddition de comptes 2011-2012

Axe d'intervention :	***Rétention et mieux-être au travail***

Objectifs de résultats :	5.2.1 Mettre en œuvre des mesures pour améliorer le climat de travail et favoriser la santé et le bien-être du personnel du réseau et du MSSS en s'appuyant sur les programmes de type Entreprise en santé

Indicateurs	*Résultats* 2010-2011*	*Cibles 2011-2012*	*Résultats** 2011-2012*
3.01 Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	7,21 % (P12)	6,46 %	6,64 % (P12)

Commentaires

3.01 Assurance salaire

En matière d'assurance salaire, la cible régionale n'a pas été atteinte malgré une amélioration observée. Toutefois, afin de supporter les établissements, un comité régional regroupant les responsables en santé et sécurité du travail des établissements de la région a été mis sur pied. Le mandat de ce comité est la recherche de solutions novatrices en gestion de la présence au travail ainsi que le partage des meilleures pratiques. De plus, l'Agence a procédé à un appel de projets visant à améliorer la présence au travail et à réduire les coûts associés à l'absentéisme en février 2012, projets qui doivent s'actualiser au cours de l'année 2012-2013.

Nom : Luc Bergeron	**Date** : 29 mai 2012

* Résultats en date du 16 mai 2011

** Résultats en date du 14 mai 2012

Le code d'éthique et de déontologie

du conseil d'administration
de l'Agence de la santé et des
services sociaux des Laurentides



Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides
Québec

Adopté par le conseil d'administration de la Régie régionale des Laurentides
le 20 novembre 2002.

Version ajustée et adoptée par le conseil d'administration
de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides
le 16 juin 2010.

ISBN 2-89547-051-0

Dépôt légal 2010
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Déclaration de principes

Attendu que les administratrices et les administrateurs doivent voir à identifier les priorités relativement aux besoins de la population à desservir et aux services à lui offrir en tenant compte de l'état de santé et de bien-être de la population de sa région, des particularités socioculturelles et linguistiques de cette population et des particularités sous-régionales et socio-économiques de la région, et d'élaborer des orientations à cet égard ;

Attendu que l'exercice de la fonction d'administratrice et d'administrateur doit tenir compte des règles de l'efficacité, de la moralité et de la crédibilité et de la confidentialité;

Les administratrices et les administrateurs de l'Agence des Laurentides s'engagent à respecter les principes suivants dans le processus de décisions auquel elles et ils seront appelés à participer :

- Priorisation des intérêts de la population à desservir
- Distribution équitable des ressources de la région.

En conséquence, les administratrices et les administrateurs s'engagent également à respecter chacun des articles du présent Code d'éthique et de déontologie applicable à chacun des membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Dispositions générales

Le présent code d'éthique et de déontologie détermine les devoirs et les obligations de conduite des membres du conseil d'administration dans leurs différents rapports ayant trait à l'exercice de leurs fonctions.

En cas de doute, le membre du conseil d'administration doit agir selon l'esprit des principes et des règles du présent code et du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (L.R.Q., c.M-30, r.01). Il doit, de plus, organiser ses affaires personnelles de telle sorte qu'elles ne puissent nuire à l'exercice de ses fonctions.

1. Devoirs et obligations

1.1 Le membre s'engage à agir avec soin, prudence, diligence et compétence comme le ferait en pareilles circonstances une personne de bonne foi, raisonnable, avec honnêteté et loyauté.

1.2 Le membre s'engage à agir de façon courtoise et à maintenir des relations empreintes de bonne foi, de manière à préserver la confiance et la considération que requiert sa fonction.

1.3 Le membre s'engage à aborder ses décisions en fonction de leurs implications sur la qualité et l'accessibilité des services; il tient donc compte de l'ensemble des conséquences que peut avoir son administration sur le service à donner au public et sur le bon usage des fonds publics.

1.4 Le membre s'engage à assister aux assemblées du conseil d'administration.

1.5 Le membre s'engage, dans le processus décisionnel, à prendre connaissance de tous les éléments de la question, à demander des informations complémentaires et des éclaircissements au besoin; il se prononce alors de la manière la plus objective possible.

1.6 Le membre s'engage à agir avec respect et dignité dans la manifestation publique de ses opinions.

1.7 Le membre s'engage à respecter la confidentialité des renseignements obtenus dans l'exercice de sa fonction; à ce chapitre, il devra s'abstenir de toute fuite ou confidence lorsque le conseil aura décidé de les maintenir à huis-clos.

1.8 Le membre s'engage à s'acquitter de sa charge en évitant tout état ou comportement susceptible de discréditer le conseil d'administration ou de compromettre son bon fonctionnement.

1.9 Le membre s'engage à éviter toute partisannerie politique dans l'exercice de ses fonctions.

2. Règles relatives aux conflits d'intérêt

2.1 Le membre doit agir dans les limites des pouvoirs qui lui sont conférés.

2.2 Le membre doit prévenir tout conflit d'intérêts et éviter de se placer dans une situation telle qu'il ne peut remplir objectivement ses fonctions sauf les situations acceptées par le législateur de par la composition du conseil d'administration.

Le membre du conseil d'administration n'est pas en conflit d'intérêts personnel du seul fait qu'il provient d'un milieu, d'un secteur ou d'un organisme mentionné à l'article 397 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux. Il doit cependant agir de la façon la plus objective et conformément aux dispositions de la Loi, soit dans l'intérêt de l'Agence et de la population de la région des Laurentides.

2.3 Le membre ne doit pas rechercher, pour lui ou son entourage, des avantages personnels dans l'exercice de ses fonctions.

De plus, le membre ne doit pas confondre les biens de l'organisme avec les siens et ne peut les utiliser à son profit ou au profit du tiers.

2.4 Le membre reconnaît que le fait d'être un administrateur de l'Agence ne donne aucun pouvoir ou privilège quant aux services de santé et services sociaux auxquels une personne a droit.

2.5 Le membre reconnaît que le fait d'être un administrateur de l'Agence ne lui donne aucun pouvoir ou privilège particulier autres que ceux dont il est investi dans le cadre d'une assemblée du conseil dûment convoquée ou qu'il agit dans le cadre d'un mandat reçu du conseil.

2.6 Le membre doit considérer chaque proposition à son mérite propre lorsqu'il doit se prononcer sur une question et conséquemment s'abstenir de tout échange de procédés illégitimes avec ses collègues du conseil d'administration ou avec toute autre personne.

3. Déclaration d'intérêt

3.1 Le membre s'engage à éviter de se placer dans une situation de conflit entre son intérêt personnel et les obligations de ses fonctions.

3.2 Le membre s'engage à respecter les dispositions de l'article 154 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* dans les situations où il a un intérêt pécuniaire dans une entreprise, à savoir :

Article 154
Tout membre d'un conseil d'administration, autre qu'un directeur général qui a un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre doit, sous peine de déchéance de sa charge, dénoncer par écrit son intérêt au conseil et s'abstenir d'y siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle il a cet intérêt est débattue.

Le fait pour un membre du conseil d'administration d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une entreprise visée dans le présent article, ne constitue par un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si le membre du conseil d'administration en cause ne constitue par un initié de cette personne morale.

3.3 Le membre doit déposer annuellement devant le conseil une déclaration d'intérêt écrite mentionnant l'existence de tout contrat de services professionnels conclu avec la l'Agence par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle il a des intérêts pécuniaires.

En cours d'année, si sa situation évolue, le membre a la responsabilité et l'obligation de procéder au dépôt d'une nouvelle déclaration d'intérêt.

4. Activités politiques

4.1 Le président de conseil d'administration et le président-directeur général doivent faire preuve de réserve dans la manifestation publique de leurs opinions politiques.

4.2 Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui a l'intention de présenter sa candidature à une charge publique élective doit en informer le secrétaire général du conseil exécutif.

4.3 Le président du conseil d'administration ou le président-directeur général qui veut se porter candidat à une charge publique élective doit se démettre de ses fonctions; les articles 22 à 26 du *Règlement sur l'éthique et la déontologie des administrateurs publics* (L.R.Q., c.M-30, r.01) précise alors les règles applicables à sa situation.

5. Règles relatives aux assemblées

5.1 Le membre s'engage à respecter les règlements régissant la procédure des réunions; à ce titre, il reconnaît l'autorité du président dans toute sa légitimité et reconnaît également la souveraineté de l'assemblée.

5.2 Le membre doit respecter les droits et privilèges des autres administrateurs.

5.3 Le membre doit respecter l'intégrité et la bonne foi de ses collègues; advenant qu'il veuille exprimer un doute sur l'intégrité et la bonne foi d'un collègue ou de toute autre personne, il demandera le huis-clos pour ce faire.

5.4 Le membre, dans le cadre d'une assemblée, évite d'afficher sa position par des signes extérieurs, il attend le moment du débat pour exprimer sa position et il conserve une attitude de respect et de dignité face à la présence des différents publics.

5.5 Le membre a le droit de faire inscrire nommément sa dissidence au procès-verbal; par cette inscription, le membre annonce qu'il se réserve la possibilité d'intervenir publiquement sur une décision prise.

5.6 Le membre évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'Agence et de toutes les personnes qui y oeuvrent.

6. Interdiction des pratiques reliées à la rémunération

6.1 Le membre ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté;

6.2 Le membre ne doit pas verser, offrir de verser ou s'engager à offrir à une personne un don, un legs, une récompense, une commission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre l'impartialité de cette personne dans l'exercice de ses fonctions;

6.3 Le président-directeur général ne peut recevoir, en outre de sa rémunération, aucune somme ou avantage direct ou indirect de quiconque hormis les cas prévus par la loi;

6.4 Le membre qui reçoit un avantage comme suite à un manquement au présent code est redevable envers l'état de la valeur de l'avantage reçu.

7. Devoirs et obligations de l'après-mandat

7.1 Le membre doit, après l'expiration de son mandat, respecter la confidentialité de tout renseignement, débat, échange et discussion de quelque nature que ce soit qui ne sont pas d'ordre public et dont il a eu connaissance dans l'exercice de ses fonctions au sein du conseil;

7.2 Le membre du conseil d'administration doit témoigner de respect envers l'Agence et son conseil d'administration.

8. Mécanismes d'application et de respect du code

8.1 Le président du conseil d'administration doit s'assurer du respect des principes d'éthique et des règles de déontologie par les membres du conseil d'administration.

8.2 Toute personne qui est d'avis qu'une administratrice ou qu'un administrateur a pu contrevenir à la loi ou au présent code d'éthique et de déontologie, en saisit le président du conseil d'administration ou, s'il s'agit de ce dernier, le vice-président du conseil d'administration;

Suite page 8

8. Mécanismes d'application et de respect du code (suite)

8.3 Le président du conseil d'administration qui est d'avis qu'il y a eu un manquement de la part d'un des membres du conseil pouvant entraîner une sanction disciplinaire avise le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif qui est l'autorité compétente pour agir.

8.4 Le président du conseil d'administration, pour l'aider dans sa décision de saisir ou non le secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs, peut confier au Comité d'éthique et de déontologie le soin d'examiner et d'analyser une plainte à l'encontre d'un membre du conseil d'administration; ce comité est consultatif au président du conseil d'administration à qui la décision finale appartient.

8.5 Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation; il est entendu que la confidentialité doit être compatible avec l'équité procédurale.

8.6 Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administratrice ou l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable, cette personne a le droit d'être entendue, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent.

8.7 Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administratrice ou l'administrateur a enfreint la loi ou le présent code ou qu'elle ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il rédige un rapport contenant un sommaire de l'enquête. Ce rapport est confidentiel.

8.8 Le président du conseil d'administration transmet ce rapport au secrétaire général associé responsable des emplois supérieurs au ministère du Conseil exécutif.

9. Enquête et immunité

9.1 Ne peuvent être poursuivies en justice en raison d'actes accomplis de bonne foi dans l'exercice de leurs fonctions, les personnes qui effectuent une enquête ainsi que celles chargées de déterminer et d'imposer les sanctions;

9.2 Les personnes qui effectuent les enquêtes sont tenues à la confidentialité.

10. Publicité du code

10.1 L'Agence doit rendre accessible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande;

10.2 L'Agence doit publier dans son rapport annuel, le code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration;

10.3 Le rapport annuel de l'Agence doit faire état :

a) du nombre et de la nature des signalements reçus;
b) du nombre de cas traités et de leur suivi;
c) de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
d) des noms des personnes ayant été suspendues, révoquées ou déchues de charge.

Engagement personnel

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES LAURENTIDES

Je, _____, membre du conseil d'administration, ai pris connaissance du Code d'éthique et de déontologie applicable aux membres du conseil d'administration de l'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides.

Je déclare en comprendre le sens et la portée.

_____ _____

Signature Date

Déclaration des intérêts

d'un membre du conseil d'administration autre que le président-directeur général

Je, _____ , déclare les intérêts suivants :

1. Je détiens des intérêts pécuniaires dans les personnes morales, sociétés ou entreprises commerciales identifiées ci-après et qui font affaire avec l'Agence des Laurentides ou qui sont susceptibles d'en faire.

   _____

2. J'agis à titre d'administrateur d'une personne morale, d'une société, d'une entreprise ou d'un organisme à but lucratif ou non, identifié ci-après et qui est partie à un contrat avec l'Agence des Laurentides ou qui est susceptible de le devenir. _____

3. J'occupe les emplois suivants :

   _____ _____

   _____ _____

   Emploi Employeur

4. J'occupe une fonction ou suis membre des organismes suivants :

   _____

   _____

En vertu de la présente déclaration, je m'engage, sous peine de déchéance de ma charge, à m'abstenir de siéger au conseil d'administration et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur l'entreprise dans laquelle j'ai des intérêts est débattue.

_____ _____

Prénom et nom Signé à

_____ _____

Signature du membre Jour mois année

CODE D'ÉTHIQUE



Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides

Avril 2011

Agence de la santé
et des services sociaux
des Laurentides
Québec

Préambule

L'Agence de la santé et des services sociaux des Laurentides exerce un leadership en matière de gouvernance du réseau. C'est, entre autres, en s'appuyant sur les compétences de son personnel à donner un sens à la portée de leurs actions qu'elle s'assure du lien de confiance avec la population qu'elle dessert.

C'est dans cette perspective que le code d'éthique de l'Agence a été élaboré.

L'éthique réfère aux valeurs qui animent les personnes. Elle fait en sorte que les comportements, les actions et les décisions soient compatibles avec le respect de la dignité et les droits fondamentaux des personnes.

Les valeurs, quant à elles, représentent les convictions qui sont importantes pour tous les membres de l'organisation. Elles servent de repère pour évaluer les modes de conduite souhaités au sein de l'Agence. Les valeurs donnent également des indices sur la philosophie de gestion.

Le code d'éthique fait appel au sens des responsabilités, au jugement des membres du personnel afin qu'ils s'engagent collectivement à agir selon les valeurs de l'Agence. Il permet aux personnes de juger de la justesse de leurs actes dans l'exercice quotidien de leurs fonctions.

Le présent document se définit comme un cadre de référence, un guide à l'intérieur duquel chacun peut se situer. Il s'ajoute au règlement sur les conflits d'intérêts ainsi qu'à l'engagement à la confidentialité signé par tous les employés de l'Agence.

Enfin, le code d'éthique se veut un outil de dialogue organisationnel par lequel chacun est convié à un échange axé sur la dignité humaine.

Mission et objectif

Mission de l'Agence

L'Agence réalise sa mission en concordance avec l'article 332 et les dispositions pertinentes de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (L.R.Q., chapitre S-4.2) soit :

- Favoriser le maintien et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population de la région et assurer la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux en conformité avec les orientations et les politiques ministérielles.

Objectif du code d'éthique

Le présent code d'éthique a pour objectif d'identifier les comportements attendus de la part de tous les membres du personnel en conformité avec les valeurs prônées par l'organisation.

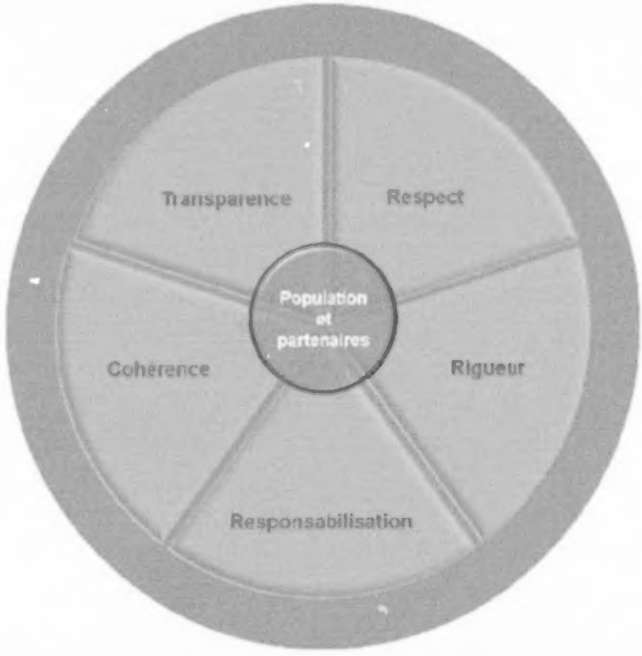
Valeurs organisationnelles

Les valeurs à partager

Les valeurs que l'Agence préconise la guident dans l'accomplissement de sa mission. Elle s'en inspire dans ses relations avec la population, avec les établissements du réseau, avec les organismes communautaires et avec les partenaires intersectoriels.

Elle les respecte dans les décisions prises afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins et des services. Ces valeurs constituent un engagement à mieux servir sa population et ses différents partenaires.

Les énoncés des valeurs qui suivent expliquent la portée de chacune d'entre elles et leur donnent un sens qui se manifestera concrètement dans les comportements, les actions et les relations.



Respect et transparence

Le respect

Cette valeur dicte, à tout intervenant, un état d'esprit d'ouverture, d'accueil et de compréhension au regard de plusieurs facettes de la vie organisationnelle. C'est le cas, notamment, en ce qui a trait aux nombreuses différences qui caractérisent notre milieu de travail.

Le respect se manifeste dans les comportements envers :

- Les différentes clientèles;
- Les différentes catégories de personnel et de professionnels;
- Les différences individuelles;
- Les choix organisationnels.

Le respect est une vertu qui nécessite un effort constant de volonté si essentiel à l'harmonisation du milieu, particulièrement dans un contexte de travail où se côtoient différents types de clientèles, de même que diverses catégories de professionnels avec des champs d'intervention à la fois distincts et complémentaires.

La transparence

La transparence permet de cultiver la confiance de tous les employés et des partenaires du réseau. Par notre volonté d'exprimer la réalité des faits et des processus décisionnels, nous prédisposons les acteurs du système à comprendre l'application des décisions. Par la même occasion, nous sollicitons l'opinion de nos employés dont la richesse favorise l'émergence de l'innovation et de la créativité.

La transparence se manifeste par les comportements et les actions suivantes :

- Utilise les mécanismes d'expression mis à sa disposition;
- Répond aux interrogations avec discernement;
- Transmet avec justesse les informations pertinentes;
- Utilise la documentation officielle de l'organisation;
- Explique les décisions prises selon le cas;
- Fait preuve de présence active au sein de l'organisation et au sein des équipes de travail lorsque cela est requis.

Responsabilisation et cohérence

La responsabilisation

Tout employé de l'Agence doit assumer les décisions qu'il prend et les gestes qu'il pose en regard de la fonction qu'il occupe au sein de l'organisation. La reddition de comptes, selon le statut occupé, fait partie de ses responsabilités. À cette valeur, se greffe le professionnalisme duquel se dégage la notion de comportement éthique, laquelle donne une dimension de qualité aux interventions de chacun.

La responsabilisation se manifeste par les comportements et les actions suivantes :

- Fait preuve de professionnalisme;
- Analyse les impacts de ses décisions et des gestes à être posés;
- Rend compte des décisions prises et des gestes posés;
- Assume les conséquences organisationnelles, professionnelles et personnelles des décisions prises et des gestes posés et agit conséquemment.

La cohérence

La cohérence est le fil conducteur qui permet de juger si l'action correspond au discours. Faire preuve de cohérence, c'est construire une crédibilité qui demeure fragile, mais qui est si chère à l'évolution et au développement de l'organisation. Tout employé représentant l'administration qui prend des engagements envers le personnel, doit être conscient des attentes qui en découlent et, par conséquent, doit consacrer tous les efforts nécessaires à leur réalisation, et ce, dans le respect de la mission, des orientations et des contraintes de l'organisation.

La cohérence se manifeste par les comportements et les actions suivantes :

- Agit conformément à la mission, aux objectifs et aux valeurs de l'Agence;
- Respecte les engagements pris envers les collègues et les gestionnaires de l'Agence;
- Communique ses intentions et ses attentes aux personnes concernées;
- Assure un suivi de ses interventions auprès des personnes concernées;
- Explique aux personnes concernées quand il y a un changement d'orientation ou de décision.

Rigueur

La rigueur

Cette valeur est étroitement liée aux notions d'équité, d'exactitude, de précision et de logique qui permettent au personnel de mener à bien les différents projets et objectifs organisationnels. Faire preuve de rigueur dans l'exécution du travail est un gage de réussite et contribue à façonner la crédibilité des membres de l'organisation.

La rigueur se manifeste par les comportements et les actions suivantes :

- Est en mesure de planifier le travail en lien avec un mandat ou un projet à réaliser (objectifs, phases, actions, échéanciers et coûts, s'il y a lieu);
- Est capable de résumer et de synthétiser les travaux réalisés;
- Est soucieux du respect des échéanciers;
- Respecte l'intégrité du mandat ou du projet qui a été planifié;
- Met tout en œuvre pour atteindre ou livrer les résultats attendus.

Application du code d'éthique

Les modalités concernant l'application du code d'éthique sont décrites dans la Politique relative à l'application du code d'éthique NPG 2011-17.